


ASSOCIATED MEDICAL SERVICES INCORPORATED
MEDICAL CARE BY PREPAYMENT

DU

CANCER DE LA VESSIE

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

Note sur quelques points de la topographie du cerveau. (*Archives de phys. norm. et path.*), 1876.

Note sur les cerveaux d'amputés (*Progrès médical*), 1878.

Etudes sur les orifices herniaires et les hernies abdominales des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*), 1879.

Note sur le développement du cerveau considéré dans ses rapports avec le crâne. (*Revue d'anthropologie*), 1879.

Note sur une complication des fractures de l'extrémité inférieure du radius (en commun avec M. Jagot) (*Progrès médical*), 1879.

Contribution à l'étude de la pathogénie et de l'anatomie pathologique du céphalœmatome (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*), 1880.

Note pour servir à l'histoire des fractures et des luxations du sternum (*Progrès médical*), 1879.

Essai d'anthropométrie : comparaison des diamètres bitrochantérien et bi-iliaque (*Revue d'Anthropologie*), 1880.

Etude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin (*Progrès médical*), 1880.

Fractures par torsion de l'extrémité inférieure du fémur (*Bull. soc. anatomique*, 1880 ; et *Progrès médical*), 1881.

Note sur l'étranglement herniaire chez les enfants à la mamelle et sur l'apoplexie du testicule qui peut en être la conséquence (*Revue de chirurgie*), 1881.

Note sur l'atrophie musculaire consécutive à quelques traumatismes de la hanche (en commun avec M. le professeur Guyon) (*Progrès médical*), 1881.

Nouvelles recherches sur la topographie crânio-cérébrale (*Revue d'anthropologie*), 1881.

Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique (*Revue de médecine*), 1881.

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

DU

CANCER DE LA VESSIE

PAR

Ch. FÉRÉ

INTERNE DES HOPITAUX, SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Travail couronné (Prix Civiale, 1880.)

PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
6, rue des Écoles, 6.

A. DELAHAYE & E. LECROSNIER
ÉDITEURS
Place de l'École de Médecine.

1881

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR F. GUYON

DU

CANCER DE LA VESSIE

PRÉLIMINAIRES.

L'histoire du cancer de la vessie est un des points les plus obscurs de la pathologie des voies urinaires, non seulement parce que son étude clinique a été à peine ébauchée, mais surtout parce qu'on a décrit, avec une déplorable confusion de termes, des lésions anatomiques très diverses.

Il est bien difficile de reconnaître cette affection dans les descriptions des anciens auteurs qui ont écrit sur les affections de la vessie. Ce que l'on trouve désigné sous le nom d'*ulcères*, d'*ulcères calleux* dans les ouvrages de Sylvius de Le Boë, de Vater (1) de Ysemans (2), de Pohl (3), de Pizarra, etc, ne repose pas toujours sur l'examen de pièces anatomiques, et, même lorsque cet cet examen a été fait, il manque de la clarté nécessaire pour entraîner la conviction.

Les tumeurs décrites sous les noms de *tubercules*, de *tubérosités*, de *caroncules* de la vessie, par Lacuna (4),

(1) Valter. — *Dissertatio de ulceris vesicæ originibus signis et remediis*. Vittembergœ, 1709, in-4°.

(2) Ysemans. — *Dissertatio de vesicæ urinariæ ejusque ulcere*. Lugd. Bat. 1763, in-4°.

(3) Pohl. — *Dissertatio de ulcere vesicæ*. Viennæ, 1781, in-4°.

(4) Lacuna. — *Méthod. cognoscendi extirpandique ex crescentes vesicæ collo caronculas*. Romæ, 1551.

par Ferry (1), Daran (2), André (3), Rudolph de Bingen (4), sont pour la plupart des variétés d'hypertrophie prostatique avec saillie dans la cavité vésicale. Morgagni confond toutes les tumeurs qui peuvent se développer dans l'épaisseur des parois de la vessie et proéminer dans sa cavité, en les désignant indifféremment sous les noms de *squirrhe*, de *cancer*, de *fongus*, de *caroncules*, de *carnosités*, etc, (5). Les descriptions de vessies squirrheuses se rapportent souvent à des épaississements des tuniques, et principalement de la tunique musculaire de la vessie, chez des individus qui ont eu la pierre ou quelque affection chronique de cet organe (6).

L'expression de *fongus* ne servit qu'à perpétuer l'obscurité des descriptions. Sous le nom d'excroissances fongueuses, d'excroissances muqueuses (7) de fongus, on a confondu toutes les tumeurs de la vessie et même certaines ulcérations à base plus ou moins indurée. La plupart ont appliqué de préférence le nom de fongus à des tumeurs molles, dépressibles, plus ou moins saignantes; d'autres, au contraire, l'ont appliqué à des tumeurs qui pouvaient avoir la consistance du cartilage (8). Presque tous les auteurs modernes qui se sont basés exclusivement sur les caractères macroscopiques des tumeurs ont contribué à continuer la confusion. Cruveilhier fait remarquer que, bien souvent, on désigne sous le nom de fongus le cancer des membranes muqueuses, et, en particulier, celui de la muqueuse vésicale (9); Walshe pense

---

(1) Ferry. — *De caronculo sive callo quæ cervici vesicæ innascitur*. Lugd, 1553.

(2) Daran. — *Obs. chir. sur les maladies de l'urèthre*. Avignon, 1745.

(3) André. — *Diss. sur les maladies de l'urèthre*. Paris, 1751, et *Obs. prat. sur les maladies de l'urèthre*, 1756.

(4) De Bingen. — *De carnositate vesicæ urinariæ*. Alsdorf, 1759.

(5) Morgagni. — *De sedibus et causis*, etc. L, III, ep. 37, art. 30; ep. 42, art. 15 et 28; ep. 43, art. 24; ep. 66, art. 6.

(6) Lieutaud. — *Historia anatomico-medica*, 1767, t. I, lib. I, sectio 11, p. 304.

(7) Basilius Basow. — *De lithiasi vesicæ urinariæ in generis et in specie de extractione calculi per sectionem perinei*. Mosquae, 1841, p. 94.

(8) Desault. — *Journ. de Chir.*, t. II, p. 367.

(9) Cruveilhier. — *Traité d'anat. path. gén.*, 1864, t. V., p. 188.

aussi que beaucoup de tumeurs de la vessie appelées fongus sont des cancers (1); Nélaton (2) et Jamain (3) partagent la même opinion. Vidal (de Cassis) (4) donne le nom de fongus à une tumeur de « substance pulpeuse, blanchâtre et de nature cérébriforme » que l'observateur lui-même avait décrite sous le nom de fongus cancéreux (5) et il pense qu'un cancer peut avoir pour point de départ un fongus. Et il n'y avait pas que les véritables tumeurs qui fussent confondues sous ce nom; on l'a encore appliqué à des ulcérations à bords végétants déterminées par la présence dans la vessie de pierres, qui, par le fait de ces productions fongueuses, de ces hypersarcoses (6), deviendraient adhérentes; mais, ces sortes d'adhérences, admises par Ruysch (7) ont été niées dès longtemps, notamment par Tolet (8), et par Colot (9) qui prétend que c'est là une invention des opérateurs maladroits; les faits de ce genre rapportés par Nicod (10) sont peu probants, et, dans les traités récents sur la pierre, il n'est guère question de ces sortes de tumeurs.

Aujourd'hui, si on ne confond plus les hypertrophies prostatiques, les hypertrophies des parois vésicales avec le cancer, celui-ci n'est pas toujours distingué des autres tumeurs et l'expression de fongus a conservé tout son vague. L'examen histologique, il est vrai, peut faire distraire des fongus cancéreux certaines tumeurs rares, comme le myôme, le myxôme, le fibrôme, qui, d'ailleurs, ne présentent que peu de signes caractéristiques dans

---

(1) Waslhe. — *Cyclopedia of practical surgery*, by Costello, art. *cancer*, t. I, p. 688.

(2) Nélaton. — *Elém. de path. chir.*, 188, t. V. p. 305.

(3) Jamain. — *Man. de path. et de clin. chir.*, 2e éd., 1867, t. II, p. 768.

(4) Vidal (de Cassis). — *Tr. de path. ext. et de méd. op.* 2e éd., T. V., p. 362.

(5) Bédor. — *Gazette des hôpitaux*, 1833, t. VII, p. 475.

(6) Couillard. — *Obs. iatrochirurgiques*, 2e éd.. Strasbourg, 1791, p. 12.

(7) Ruysch. — *Thesaurus anat.*. Amsterdam, 1739, t. II, p. 42.

(8) Tolet. — *Traité de la lithotomie*, 1708, p. 44.

(9) Colot. — *Traité de l'opération de la taille*. 1727, p. 117.

(10) Nicod. — *Traité des polypes et autres carnosités du canal de l'urèthre et de la vessie*. 1835, p. 159.

leur évolution clinique. Mais, il reste encore un point obscur : la tumeur villeuse, le *cancer villeux* (Zottenkrebs) de Rokitansky, *villous tumour*,*villous growth*, *villous disease* des Anglais; est-elle une tumeur maligne, est-elle une forme de cancer? Ou est-ce une production spéciale qui mérite le nom de fongus bénin qui lui a aussi été donné ? Billroth (1), Niemeyer (2), Follin (3), Heurtaux (4), semblent admettre que c'est une tumeur maligne; Roser (5) pense que « la plupart des tumeurs qui se développent du côté de la cavité vésicale sont de nature cancéreuse ; le cancer présente ici, dit-il, cette forme particulière qu'on appelle « cancer villeux »; Braxton Hicks (6) ne distingue pas les tumeurs villeuses des autres tumeurs malignes. D'un autre côté, M. Thompson (7) rejette la dénomination de cancer pour les tumeurs qui, d'après lui, ne sont sujettes ni à l'envahissement des organes voisins, ni à la récidive, ni à la généralisation. Mais, on peut objecter que, si le vrai cancer de la vessie résulte assez souvent d'une propagation d'un cancer d'un des organes voisins, la néoplasie ne s'étend que rarement aux autres organes quand elle est née primitivement dans l'épaisseur des parois vésicales; en outre, la généralisation du cancer de la vessie est très rare, et les quelques faits qu'on en peut signaler seraient peut-être susceptibles d'être discutés. Quant à l'absence de récidive, on peut la contester; car, dans les cas exceptionnels où une tumeur villeuse s'est éliminée spontanément ou a été enlevée par la main du chirurgien, les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on fût en droit d'affirmer qu'ils étaient complètement gué-

---

(1) Billroth. — *Élém. de path. chir. gén.*, éd. franç.. 1868, p. 789.

(2) Niemeyer. — *Élém. de path. interne et de thérap.*. éd. Cornil, 1869, t. II, p. 57.

(3) Follin. — *Traité élém, de path. externe*, t. I, p. 314.

(4) Heurtaux. — *Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. VI, p. 169.

(5) Roser. — *Manuel de chirurgie anatomique* (Trad. Culmann et Sengel). 1872, p. 506.

(6) Braxton Hicks. — *The Lancet*, 1867, t. I, p. 509.

(7) H. Thompson. — *Leçons cliniques sur les mal. des voies urinaires*; éd. franç., 1874, p. 661. — *The Lancet*, 1868, t. II, p. 70. — *System of surgery*, by Holmes, 2e éd., 1870. t. IV, p. 898.

ris. Dans un cas d'Alexander (1) on a observé la reproduction de la tumeur, et nous pourrons citer plus loin des cas analogues. Les raisons données par Thompson en faveur de la bénignité de la tumeur villeuse ne sont donc pas péremptoires. Cependant Harrison, accentue encore cette opinion, et il pense que non seulement la tumeur villeuse n'envahit pas les organes voisins, mais qu'elle n'envahit point non plus d'autre tissus que la muqueuse (2). Cet auteur néglige le fait qu'il rapporte lui-même de Cameron,qui a montré à l'Institution médicale de Liverpool une tumeur présentant le caractère de la production villeuse, avec induration de la vessie s'étendant jusqu'au rectum. Si l'on recherche la cause d'une semblable contradiction, on arrive bientôt à se convaincre qu'elle résulte de ce que l'aspect villeux d'une tumeur n'est point du tout spécifique: il peut appartenir à des productions de natures très diverses, tantôt la villosité ou plutôt la papille est un élément primitif, tantôt il est une formation secondaire surajoutée à une autre affection. Il faut tenir grand compte, en effet, de ces tumeurs complexes qui sont loin d'éclairer la question, et dans lesquelles on distingue une portion intrapariétale plus ou moins dure,recouverte d'une muqueuse hérissée de villosités simples ou supportant une autre tumeur intra-vésicale d'aspect plus ou moins villeux; le plus souvent, les villosités se sont développées sur une tumeur primitivement intra-pariétale; mais, il est possible qu'inversement il se produise une infiltration des parois consécutive à la dégénération d'une tumeur villeuse. Aussi, ne doit-on pas s'étonner de trouver des auteurs qui soutiennent une opinion mixte : Coulson (3), par exemple, sans en donner de bien bonnes raisons, du reste, pense que certaines tumeurs villeuses sont malignes et que d'autres ne le sont pas ; Gross (4) est encore moins clair lorsqu'il dit que ces sortes de tumeurs ne

(1) Alexander. — *The Lancet,* 1878, t. II, p. 209.
(2) Harrisson. — *Clinical lectures on stricture of urethra and other desorders of the urinary organs.* London, 1878, p. 178.
(3) Coulson. — *Med. Times and Gazette,* 1858, t. I, p. 643.
(4) Gross. — *Diseases of urinary organs.* Philadelphie, 1851, p. 261.

sont pas *strictement* malignes. Du reste, Thompson lui-même ne différencie guère cliniquement la tumeur villeuse du cancer, et nous ne pensons point qu'aucun autre auteur y ait complètement réussi. On sait, d'ailleurs, que le fongus villeux se rapproche assez des tumeurs érectiles pour mériter, jusqu'à un certain point, la dénomination d'angiôme villeux proposée par Muron (1); or, les angiômes peuvent présenter quelquefois la dégénérescence carcinomateuse ou sarcomateuse déjà indiquée par Hénocque et Luke, et démontrée par une observation de Duret (2), recueillie dans le service de M. Duplay, et une observation de A. Petit et Remy (3), prise dans le service de M. Després et reproduite dans la thèse de Duchemin (4). La possibilité de cette dégénération, jointe à la transformation que Rindfleisch (5) et un grand nombre de pathologistes admettent comme démontrée du papillome en épithéliome et la possibilité de l'apparition secondaire de l'épithéliome autour ou sur la base d'un papillome, doivent faire garder la plus grande réserve sur l'évolution de la tumeur villeuse. Ces difficultés de différenciation expliqueront pourquoi nous avons conservé la tumeur villeuse dans notre cadre, et nous verrons plus tard s'il est possible de la distinguer des cancers proprement dits.

Je rejetterai complètement l'expression de fongus, qui n'a aucune signification précise et qui a été appliquée à toutes les productions morbides faisant saillie dans la cavité de la vessie, et a servi à désigner aussi bien les différentes formes du cancer que les fibrômes, les myômes et les tumeurs villeuses (tumeurs cellulo-vasculaires (6), papillômes, angiômes, etc.), aussi bien les tumeurs avec

(1) Molinier. — *Essai sur le fongus villeux ou angiôme villeux de la vessie*. Th. de Paris, 1870, p. 10.

(2) Duret. — *In Arch. de phys. norm. et path.*, 1873, p. 319.

(3) A. Petit et Remy. — *Bull. Soc. Anat.*, 1879, p. 499.

(4) Duchemin. — *Contr. à l'étude des transformations des angiômes*. Paris, 1880, p. 37.

(5) Rindfleisch. — *Tr. d'histologie pathologique*. Trad. Gross. 1873, p. 384.

(6) Mauriac. — In West : *Leçons sur les maladies de femmes*. Trad., 1870. — Appendice, p. 758.

généralisation (1) que celles dont l'examen histologique démontrait la nature bénigne (2).

Pour la partie anatomique de ce travail. nous nous sommes basé non seulement sur les pièces fraîches que nous avons pu examiner nous-même, mais encore sur les collections du musée Dupuytren, de la collection Civiale de l'hôpital Necker, de la plupart des cabinets des hôpitaux de Londres et du musée de Hunter, où nous avons trouvé un grand nombre de matériaux utiles. Pour la partie clinique, nous avons puisé largement dans l'enseignement de notre excellent maître, M. le professeur Guyon, qui a bien voulu nous aider de ses conseils et nous fournir de nombreuses observations.

---

(1) Norton.—*Transaction of the pathological society of London.* 1849, t. II, p. 85.
(2) Shaw.—*Trans. of the path. soc. of London*, 1854, t. V, p. 200.

DIVISION DU SUJET.

Le cancer peut se développer d'emblée dans la vessie elle-même ; mais le cancer primitif est loin d'être le plus fréquent. Le cancer secondaire s'y montre plus souvent; il peut être le résultat d'une généralisation, mais, ordinairement, il est la conséquence d'une propagation d'un cancer d'un organe voisin. Dans ces cas, les manifestations morbides que l'on observe du côté de la vessie ne sont pour ainsi dire que des épiphénomènes de l'affection primitive ; aussi, n'en ferons-nous qu'une étude très brève.

PREMIÈRE PARTIE.

Cancer secondaire.

I.—On observe très rarement le développement de tumeurs vésicales dans le cours de la *généralisation cancéreuse*. Je ne connais que deux cas de ce genre : France (1) a trouvé une tumeur mélanique de la vessie sur un homme de 32 ans, qui avait un cancer de l'œil depuis deux ans et demi et portait depuis un an des nodules cutanés de mélanose ; dans un autre fait de Hénocque (2), il s'agit d'un cancer généralisé des ovaires, du péritoine, de la plèvre et du poumon, la partie supérieure seule de l'utérus était atteinte et la vessie était parsemée de dépôts cancéreux faisant saillie sous la muqueuse. Dans ce dernier cas, peut-être, a-t-on eu affaire à des noyaux développés primitivement sur le péritoine.

II. — Le *cancer propagé* a paru tellement fréquent à quelques auteurs, qu'ils le décrivent presque exclusivement (3) et qu'ils semblent considérer le cancer primitif comme exceptionnel en comparaison (4). A l'inverse du cancer primitif, le cancer propagé est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, ce qui s'explique facilement par ce fait que le cancer de l'utérus et du vagin est plus fréquent que celui du rectum et de la prostate ; mais, le cancer n'a pas exclusivement son origine dans ces organes, il peut débuter dans tous ceux qui entourent la vessie, et il peut par conséquent appartenir à toutes les formes

(1) *Musée de Guy's Hospital*, n° 2104.
(2) *Bull. Soc. Anat.*, 1856, p. 25.
(3) Bayle. — *Traitement des maladies cancéreuses*, t, II, p. 398.
(4) Bingham. — *A practical essay on diseases and injuries of the bladder*. London, 1822, p. 116.

anatomiques susceptibles de se développer dans les tissus qui les constituent.

Chez l'homme, le cancer propagé de la vessie peut avoir pour point de départ un cancer du pénis, Holmes Coote (1) a rapporté un fait de ce genre, mais il est peut-être unique ; et il est facile alors de rattacher à leur véritable cause, dans le cours d'un cancer envahissant la verge, les symptômes vésicaux qui pourraient se présenter.

Le cancer de la prostate envahit très souvent la vessie et provoque des troubles qui ont une grande ressemblance avec ceux qui sont déterminés par le cancer vésical ; un certain nombre de cas de cancers dits primitifs, siégeant sur le trigone vésical, peuvent même être soupçonnés d'avoir eu d'abord leur siège dans la prostate, surtout ceux où l'état de ce dernier organe n'a point été suffisamment décrit. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous traiterons du diagnostic des deux affections.

La propagation du cancer du rectum ou de l'S iliaque à la vessie peut se faire chez l'homme et même chez la femme, mais elle est assez rare ; Cruveilhier n'en connaissait qu'un cas (2). Dans un fait de Nunn (3) où un épithélioma avait donné lieu à une ulcération qui faisait communiquer le rectum et la vessie, les lésions vésicales étaient les plus avancées et les premières hématuries remontaient à six ans ; il ne nous paraît pas douteux que ce soit la vessie qui ait été atteinte la première, et nous avons rangé ce fait parmi ceux du cancer primitif ; il en est de même de Figuière (4), de Lenepveu (5), de Fereday (6) qui sont cependant moins nets. Nussbaum (7) rapporte deux cas de cancer du rectum propagé à la

(1) Holmes Coote. — *London, médico chirurgical transactions* 1864, t. XLVII, p. 1.

(2) Cruveilhier. — *Anat. path. du corps humain*, liv. 25, p. 3.

(3) Nunn. — *Trans. of the path. Soc. of London*, 1867, t. XIX, p. 264.

(4) *Bull. soc. anat.*, 1842, p. 22.

(5) *Bull. soc. anat.*, 1839, p. 164.

(6) *The Lancet*, 1843-44, t. I, p. 248.

(7) *Die operation des Blasen-Mastdarm und des Schneiden-Mastdarm-Krebses Schmidt's Jahrbucher*, 1864, Bd. 121, p. 204.

vessie, qu'il a du reste opérés avec succès; dans un autre fait de Nobiling (1) la dégénérescence avait également commencé par l'intestin : il en est de même dans le fait suivant, qui nous a été communiqué par M. le Dr Ollivier, où les symptômes intestinaux avaient précédé de longtemps les troubles vésicaux, et où les lésions du réservoir urinaire étaient relativement peu marquées.

Observation I. — La nommée Mich... Mol..., âgée de 67 ans, entre le 6 février 1875 à l'infirmerie (hospice des Incurables), salle Sainte-Geneviève, n° 11.

Elle ne donne que peu de renseignements sur ses antécédents héréditaires, cependant, elle affirme qu'elle a perdu plusieurs membres de sa famille de phtisie pulmonaire. Elle a été régulièrement menstruée de 14 à 40 ans, elle a cessé de l'être à la suite d'une contrariété, mais sans aucun accident. Elle a joui d'une bonne santé pendant toute sa vie, elle n'a jamais eu de rhumatisme ni de bronchite de longue durée, pas d'affection cardiaque. Elle a été opérée d'un lipôme de la région deltoïdienne il y a 3 ans.

Elle est entrée pour la première fois à l'infirmerie le 25 juin 1874 pour une bronchite aiguë, elle y rentre en janvier 1875 pour un embarras gastrique; en février, elle revient avec un embarras gastrique et un catarrhe bronchique et sort améliorée le 23 mars, mais, pour rentrer le 31 dans le même état.

Cette femme se représente à l'infirmerie le 20 juillet 1876, avec des symptômes d'embarras gastrique : envies de vomir, fièvre assez vive, langue blanche très chargée, haleine fétide, constipation; elle accuse, en outre, une céphalalgie habituelle assez violente. Elle est, d'ailleurs, d'un caractère difficile et se plaint continuellement de tout et de tout le monde, et il n'est pas facile d'obtenir d'elle des renseignements précis sur son état; toutefois, on peut savoir qu'elle s'affaiblit peu à peu depuis quelques mois, qu'elle a perdu tout appétit et a beaucoup maigri. Depuis longtemps, elle souffre du ventre et a des alternatives de constipation opiniâtre et de diarrhée fétide; elle n'a jamais remarqué de sang dans ses garde-robes; constipation. L'abdomen est assez développé, mais nullement tendu, il est mollasse, douloureux également partout. L'examen du poumon permet de constater une sonorité exagérée en avant sous les

(1) *Schmidt's Jahrbucher des gesammten medic.*, 1873, Bd 160, p. 80.

clavicules, et, en arrière, dans toute l'étendue ; un affaissement général du bruit vésiculaire ; quelques râles disséminés, respiration un peu rude aux sommets, surtout au droit. Pas de bruit anormal au cœur.

Urines un peu troubles. D. 1019, sans albumine ni sucre.

La face présente une teinte jaune brunâtre très prononcée et une expression de souffrance continuelle..

Le 12 *août*, la malade, qui avait continué à se plaindre de son ventre et d'une constipation opiniâtre, est prise d'une diarrhée dysentériforme; elle rend 10 ou 12 fois par jour une petite quantité de matière grumeleuse nageant dans une sérosité jaunâtre horriblement fétide.

14 *août*. La malade dit qu'elle rend des matières par devant ; l'urine, en effet, est purulente et laisse déposer une petite quantité de grumeaux jaunâtres analogues à ceux que renferment les selles.

20 *août*. Mêmes symptômes, toujours selles fréquentes. La malade répand autour d'elle une odeur infecte, œdème malléolaire.

29 *août*. La diarrhée n'a pas cessé, affaiblissement continu, la malade ne mange plus rien. Sang rouge foncé mélangé par plaques aux matières. Insomnie que l'opium ne peut vaincre.

Elle meurt le 30, à 3 heures du soir.

Autopsie, 48 heures après la mort.—Le *crâne* présente un épaississement remarquable et une grande dureté. La face interne de la *dure-mère*, dans toute l'étendue de la convexité, est tapissée de fausses membranes fines et molles, infiltrées de sang et offrant une teinte rouge uniforme. Au niveau de la fosse temporale gauche, il s'est fait une véritable hémorrhagie formant une plaque d'un rouge vif, de la forme et de l'épaisseur d'une amande. Injection des vaisseaux de la *pie-mère* qui ne présente point d'adhérence avec la circonvolution. Rien à noter dans le reste de l'encéphale.

Les deux *poumons* sont très emphysémateux, comme insufflés, et recouvrent le cœur; les bronches sont remplies de mucus visqueux, la muqueuse est rouge et injectée. Un peu de dilatation bronchique surtout dans le lobe supérieur droit, au niveau duquel il existe quelques adhérences pleurales.

Un peu de liquide dans le *péricarde*; le *cœur* est flasque et mou, sans lésions valvulaires, sauf un peu d'épaississement de la valvule mitrale; quelques plaques d'athérome à l'origine de l'aorte.

Abdomen. Le péritoine ne contient pas de liquide. Le *foie* (1,400 gr.) est gras et de consistance molle ; la *rate* (186 gr.) a une consistance ferme. Les *reins* (150 gr.) sont normaux de volume et d'aspect; leur surface est lisse, sans kystes, l'épaisseur de la substance corticale est de 5 à 6 millimètres.

Tubedigestif. L'estomac est dilaté, mais ne présente rien d'autre à noter qu'une ecchymose de la forme d'une amande au niveau dela grande courbure. Rien dans l'intestin grêle. La muqueuse du cœcum estépaissie, rougeâtre, mais sans ulcérations ni saillies des glandes. A mesure qu'on descend vers le rectum, l'intestin se rétrécit, ses parois deviennent plus dures, plus résistantes à la coupe, et présentent extérieurement une coloration blanchâtre. La muqueuse est parsemée de petites ecchymoses en groupes, et d'ulcérations folliculaires de la largeur d'une lentille ; elle est épaissie, ridée par des plis longitudinaux dus évidemment au retrait de l'intestin.

Arrivé à l'extrémité du côlon descendant, on constate que l'S iliaque est descendue dans le petit bassin et qu'elle adhère intimement à la vessie. Les organes du petit bassin sont tous, du reste, réunis par des adhérences nombreuses en une masse commune. La vessie est attirée à gauche et s'accole à l'S iliaque par sa face postéro-supérieure ; l'utérus est repoussé à droite et en bas, il est d'ailleurs normal de volume et d'aspect; le vagin est également sain.

La première courbure de l'S iliaque est occupée par une masse mollasse qui ne s'étend pas sur une longueur de plus de 3 à 4 centimètres. L'extrémité inférieure de la tumeur est à 25 centimètres de l'orifice anal; cette partie inférieure de l'intestin est saine, elle est seulement rétrécie, et sa muqueuse présente des plis longitudinaux et transversaux qui simulent des valvules. Au niveau de la tumeur, l'intestin présente une coloration noire à l'extérieur, et cède à la moindre traction. On y voit une ouverture qui conduit dans une sorte de cloaque, d'une couleur gris noirâtre, et hérissé de fongosités mollasses, rougeâtres, ramollies et ulcérées. En introduisant une sonde par le bout supérieur de l'intestin, on rencontre ces fongosités molles qui oblitèrent presque complètement le calibre de l'intestin; la sonde réussit toutefois, sans violence, à se frayer un passage à travers ces excroissances et vient sortir dans le cloaque; la sonde introduite par le bout inférieur de l'intestin arrive aussi dans cette même cavité.

Enfin, en pénétrant dans la *vessie* par le col, on trouve la muqueuse d'un gris ardoisé, noirâtre, remplie de pus, de

détritus, de matières fécales; outre quelques ulcérations irrégulières, on trouve à la partie postéro-supérieure, où la vessie est adhérente à l'S iliaque, un point où la paroi est détruite; il existe entre les deux organes une communication rétrécie par des fongosités cancéreuses.

Il existe donc, au niveau de la première courbure de l'S iliaque, une tumeur d'aspect encéphaloïde obstruant presque complètement le calibre de l'intestin par des fongosités. Le centre de la tumeur s'est ulcéré, ramolli, creusé en une poche au niveau de laquelle une communication s'est établie avec la paroi postéro-supérieure de la vessie.

Nous reviendrons plus loin sur les troubles particuliers déterminés par cette propagation du cancer de l'intestin à la vessie,et qui sont surtout en rapport avec l'établissement de la fistule. En général, tant qu'il n'existe point de communication entre les deux cavités, les troubles vésicaux sont peu marqués et peuvent même être nuls, ce qui, du reste, peut s'expliquer facilement, puisque, comme dans toutes les propagations, les lésions procèdent graduellement de dehors en dedans et que c'est surtout la muqueuse qui est atteinte la dernière dont l'altération provoque des symptômes caractéristiques du cancer vésical

Le cancer de la vulve peut se propager au vagin, envahir l'urèthre, et pousser dans ce canal des champignons qui déterminent de la dysurie, des hémorrhagies et des leucorrhées uréthrales, etc., et, enfin, atteindre le col et la base de la vessie (1).

La paroi antérieure du vagin peut être primitivement atteinte du cancer, indépendamment de toute lésion de l'utérus,et il est possible que la dégénérescence se propage à la vessie et détermine une perte de substance et une communication anormale entre les deux organes ; cependant,les cas de Cruveilhier (2) et de Ferrall (3) dans lesquels cette communication existait,laissent des doutes au point de vue de l'origine de la lésion, et la marche de

(1) Rondot. — *Sur le cancer primitif de la vulve et du vagin. Gaz. hebdom.*, 1875, p. 210.

(2) *Bull. soc. anat.*, 1824, p. 204.

(3) *Dublin Journ. of med. and Chem. sc.*, 1840, t. XVI, p. 333.

la maladie semble permettre de croire qu'elle a débuté par la vessie.

Mais la propagation sans contredit la plus fréquente est celle du cancer de l'utérus ; on a pu dire que l'extension à la vessie constitue une période de cette affection. Lebert (1) n'a trouvé la vessie saine que dans un cinquième des cas de cancer de l'utérus ; il est vrai qu'il comprend indistinctement toutes les lésions de la vessie. Presque toujours, en l'absence de toute propagation cancéreuse, on trouve les lésions plus ou moins intenses de la cystite, qui accompagne si souvent les états congestifs, même physiologiques, de l'utérus.

Sur 14 autopsies de cancer de l'utérus que nous avons eu occasion de faire en cinq mois dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, nous avons trouvé 4 fois la vessie indemne de toute lésion cancéreuse ; une fois, il avait une perforation du trigone ; sur un autre sujet, le col et le trigone étaient détruits ; sur un autre, le trigone et une partie de la paroi postérieure avaient disparu et les uretères s'abouchaient dans le cloaque ; six fois, il y avait des indurations limitées, des mamelons ou des fongosités sur le trigone ; dans un autre cas, enfin, toutes les parois de la vessie, y compris le col, étaient infiltrées et indurées, formant une coque incontractile de près de deux centimètres d'épaisseur pouvant contenir un œuf de pigeon.

Le cancer de l'utérus, dit Aran (2), peut produire des troubles variés de l'excrétion urinaire, ténesme vésical, dysurie, strangurie, incontinence d'urine ou suppression complète, des phénomènes de catarrhe vésical, des urines bourbeuses, chargées de muco-pus et d'autres fois des urines aqueuses ne contenant presque aucun des matériaux ordinaires de l'urine, dans les cas où les reins ont subi une atrophie complète par le fait de la distension énorme des uretères et des bassinets ; plus tard, enfin, on voit survenir des fistules vésico-vaginales plus fréquentes

(1) Lebert. — *Tr. prat. des affections cancéreuses et des aff. curables confondues avec le cancer,* 1851, p. 231.

(2) Aran. — *Leçons cliniques sur les mal. de l'utérus et de ses annexes,* 1858-60, p. 945.

que les recto-vaginales. On peut retrouver dans cette courte description presque tous les symptômes déterminés du côté des voies urinaires par le cancer de l'utérus ; mais, il convient de dire que ces accidents se produisent par des procédés très divers.

Ils sont plus souvent dus à l'oblitération des uretères, déjà signalées par Lieutaud, par J.-L. Petit, par Nessi, etc. (1), et bien connus depuis les travaux de Dance (2), de Rayer, de Lebert, de Wanebroucq (3), de Lancereaux (4), de Fournier, (5). Cette oblitération est si fréquente que, d'après M. Charcot (6), la moitié des femmes de la Salpêtrière qui meurent du cancer de l'utérus, succombe à cette complication. Les uretères peuvent être oblitérés soit par suite d'une compression par l'utérus augmenté de volume, soit par l'épaississement inflammatoire du tissus conjonctif qui environne le conduit, soit par des ganglions du ligament large engorgés ou dégénérés (7), soit enfin par ces trois éléments réunis. Il arrive aussi que l'oblitération soit due à la propagation du cancer aux parois de l'uretère. Cette propagation se manifeste par la présence de bourgeons plus ou moins saillants qui peuvent pénétrer dans le calibre même du conduit, dans sa continuité ; mais la dégénérescence paraît rarement suivre cette voie ; dans un cas où un uretère traversait une masse cancéreuse dans une étendue de quatre centimètres, ce canal était intact dans toute la longueur, la tunique musculaire n'était même pas infiltrée. Plus souvent, l'uretère est seulement aplati par la masse cancéreuse où des bourgeons pénètrent par l'embouchure vésicale qu'ils oblitèrent plus ou moins complètement ; ce dernier mode d'obstruction est, par conséquent, consécutif à l'envahissement de la vessie. Quel que soit le mode de production de l'oblitération, elle

(1) Boudin. — *Des accidents urémiques dans le cancer de l'utérus*. Thèse de Paris, 1876, p. 7.

(2) Dance. — *Obs. sur plusieurs affections de l'utérus et de ses annexes*, in *Arch. gén. de méd.*, 1829. t. XXI, p. 205.

(3) *Bull. méd. du Nord*, 1863.

(4) *Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. III, p. 224.

(5) Fournier. — *De l'urémie.*, th. ag., 1863.

(6) *Bull. soc. anat.*, 1874, p. 178.

(7) Féré. — *Bull. soc. anat.*, 1875, p. 595.

arrive toujours au même résultat, l'arrêt plus ou moins complet de l'excrétion, la rétro-dilatation de l'uretère, du bassinet et des calices, la néphrite interstitielle secondaire et l'urémie, à moins qu'une poussée de pyélonéphrite suppurative ne vienne rompre l'uniformité du tableau pathologique.

La propagation du cancer de l'utérus à la vessie elle-même peut se faire par envahissement de proche en proche, et on trouve la tumeur utérine confondue sans ligne de démarcation appréciable avec une masse fongueuse qui fait saillie dans la cavité vésicale ; ou les parois de la vessie sont uniformément infiltrées d'un tissu lardacé qui s'étend à tout le fond de l'organe. D'autres fois, on voit autour de la tumeur utérine, dans les parois vésicales, de petites masses isolées qui se développent chacune de leur côté et tantôt se réunissent pour former une seule masse plus ou moins irrégulière, qui se réunit elle-même à la tumeur utérine, tantôt forment à la surface de la muqueuse vésicale des fongosités distinctes, qui pourront se réunir par la suite pour former un champignon unique qui bourgeonne et s'ulcère. On comprend, en raison des connexions anatomiques des deux organes, que ces altérations vésicales consécutives au cancer utérin se développent presque exclusivement sur le trigone, et, en particulier, sur sa partie postérieure, dans la région des uretères ; aussi est-ce dans cette région que l'on rencontre le plus souvent les perforations ; et la mort arrive presque toujours par urémie dans ces sortes de cas, soit parce que les uretères sont oblitérés par des végétations développées à leur embouchure, soit parce que la tumeur les comprime ou leur forme une sorte de manchon, comme dans un cas de M. Liouville (1), etc. En somme, ces tumeurs secondaires de la vessie peuvent se présenter sous l'aspect d'une infiltration diffuse avec tubercules saillants, de tubercules ou de champignons isolés, ou d'une vaste tumeur en chou-fleur à surface tomenteuse, rougeâtre, reposant sur une base

(1) Devernoix. — *Du cancer de l'utérus dans ses complications du côté de la vessie et des reins.* Thèse de Paris, 1874, p. 26.

d'induration diffuse (1) ou se confondant avec la tumeur utérine. La masse cancéreuse s'ulcère superficiellement ou se ramollit par son centre et les tissus mortifiés s'éliminant soit par la vessie, soit par le vagin, soit par les deux voies simultanément, et il en résulte une perforation qui fait communiquer la vessie soit, ce qui est exceptionnel, avec le col utérin seul, comme l'indique une observation rapportée par Maleyx (2) ; soit avec le col et le vagin à la fois, soit enfin avec le vagin seul, dans les cas qui ne sont pas rares où le cancer de l'utérus ne s'est propagé à la vessie que par l'intermédiaire de la paroi antérieure du vagin. Du reste, il n'est pas nécessaire qu'il y ait une tumeur vésicale avec altération cancéreuse de la muqueuse pour qu'il y ait perforation ; on trouve quelquefois, à l'autopsie, une ulcération de la partie supérieure du vagin en apparence superficielle, dont le fond n'est point induré, et si on regarde du côté de la vessie, on voit à l'endroit correspondant une plaque noirâtre, et on constate que la cavité de la vessie n'est séparée de celle du vagin que par la muqueuse vésicale à peine doublée d'une mince couche de tissu ; encore quelques jours de plus et cette faible paroi eût été détruite non par la dégénérescence cancéreuse, mais par défaut de nutrition ; cette forme d'ulcération n'est peut-être pas très rare, nous l'avons rencontrée une fois à la Salpêtrière, et nous en retrouvons la description dans une observation qui nous a été communiquée par MM. Duret et Gombault. On peut peut-être en trouver l'explication dans le fait suivant, que nous avons observé récemment dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière; il y avait une destruction complète du col utérin. et la moitié supérieure de la paroi antérieure du vagin était infiltrée par le cancer ; après avoir incisé l'urèthre par en haut, on voyait qu'au niveau de l'orifice vésical la muqueuse était soulevée par une nappe de sang noir sur les deux tiers inférieurs de son pourtour. Sur le trigone, il existait des ramifications vasculaires, à peu près parallèles à la direction de

(1) Carpentier-Méricourt. — *Bull. soc. anat.*, 1874, p. 178.

(2) Maleyx. — *De l'oblitération des uretères et des vomissements incoercibles dans le cancer de l'utérus.* Thèse de Paris, 1879, p. 31.

l'urèthre, larges de un millimètre ou un peu plus, et distendues par du sang coagulé. En cherchant à séparer par la dissection l'urèthre du vagin, on coupe transversalement deux vaisseaux de calibre, remplis par un caillot résistant et décoloré. Il s'agit là d'une thrombose qui peut faire comprendre la mortification et l'élimination de quelques portions de tissu non envahi par le cancer. On ne doit pas confondre l'ecchymose sous-muqueuse dont je viens de parler, avec la teinte lie de vin qu'on trouve fréquemment au niveau du col de la vessie, même en l'absence de toute lésion du voisinage et qui résulte de la distension congestive des arborisations vasculaires.

L'étendue de ces perforations, quel que soit leur mode de formation, est très variable ; rarement, c'est une simple fistule, plus souvent, on trouve un orifice assez large ; quelquefois, il existe une destruction à peu près complète du trigone ou même de toute la paroi postérieure (1).

L'existence d'un cancer de l'utérus avec propagation à la vessie semblerait prédisposer à la production de ruptures et de fistules vésico-vaginales pendant l'accouchement ; cependant, ni Watelle (2), ni Mathieu (3), ni Laborde (4), ni Calmels (5) n'en rapportent d'exemple, et dans le cas de Bayle et Cayol (6), la fistule s'est produite après l'accouchement, mais on ne voit pas qu'elle ait été déterminée par lui.

La terminaison du cancer de l'utérus par fistule vésico-

(1) Gilman. — *American journ. of med. sc.*, 1841, t. II, p. 53.

(2) Watelle. — *Des tumeurs cancéreuses de l'utérus au point de vue de la fécondation, de la grossesse et de l'accouchement.* Thèse de Paris, 1870.

(3) Mathieu. — *Essai sur le cancer de l'utérus compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.* Thèse de Paris, 1872.

(4) Laborde. — *Etude sur le cancer de l'utérus dans ses rapports avec la fécondation, la grossesse et l'accouchement.* Thèse de Paris, 1874.

(5) Calmels. — *Du cancer de l'utérus dans ses rapports avec la conception, la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.* Thèse de Paris, 1874.

(6) *Dict. des sc. méd.*, art. *Cancer*, t. III, p. 592.

vaginale n'est pas rare, mais l'écoulement continu de l'urine, que l'on peut observer à la fin de la maladie, n'indique pas nécessairement la communication entre la vessie et le vagin ; il faut rechercher exactement par où se fait cet écoulement, car il pourrait se faire par l'urèthre, et être la conséquence de l'infiltration cancéreuse du col, dont le sphincter devient insuffisant en quelque sorte.

Outre les lésions de propagation et les lésions inflammatoires, on observe quelquefois, au voisinage du cancer de l'utérus, un état particulier de la muqueuse vésicale qui présente de petits kystes, déjà signalés par Cruveilhier et bien décrits par M. Cornil (1) ; ils constituent de petites saillies miliaires grisâtres dont quelques-unes sont à peine perceptibles à l'œil ; ils sont constitués par une paroi bien distincte, à double contour, et sont remplis d'un épithélium nucléaire, arrondi, ovalaire ou polygonal à éléments généralement petits, dont quelques cellules sont granuleuses et infiltrées de graisse. Dans les mêmes conditions, la muqueuse vésicale présente aussi quelquefois de petites saillies papillaires riches en vaisseaux, analogues aux productions qui peuvent aussi se développer au-dessus ou au pourtour des tumeurs cancéreuses qui ont eu leur point de départ primitif dans les parois de la vessie.

M. Jude Hüe signale un fait de cancer colloïde des parois abdominales ayant envahi la vessie, et qui ne fut accompagné ni d'hémorrhagie, ni d'aucun trouble de fonctions urinaires : « Les parois de la vessie étaient notablement épaissies et la cavité de cet organe, pour les trois quarts au moins, remplie par deux masses d'aspect gélatineux, friables, qu'une légère pression suffisait pour entamer et qui avaient une large base d'implantation à la paroi antéro-supérieure » (2).

Le tissu cellulaire péri-vésical peut-il être atteint primitivement de cancer ? On a décrit sous le nom de

(1) *Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1863, p. 118.
(2) Thompson. — *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, 2e édit., 1880, p. 244 (note).

fongus hématode du tissu conjonctif péri-vésical, une lésion curieuse ainsi caractérisée : « Le péritoine péri-vésical est très épais ; au-dessous de lui et lui adhérant intimement, il existe une masse molle, pultacée, aréolaire, gorgée de sang, qu'on ne saurait mieux comparer qu'au tissu placentaire, formant tout autour du viscère, mais particulièrement sur sa face antérieure et sur ses faces latérales, une enveloppe qui atteint en certains points plus de deux centimètres d'épaisseur. La couche musculaire de la vessie est également très hypertrophiée. » (1). Nous croyons que, jusqu'à plus ample informé, il est permis de conserver des doutes sur la nature de cette lésion.

C. W. Roberts (2) fait remarquer la rareté des dépôts cancéreux sur les organes d'excrétion urinaire ; dans les cas de cancer primitif du rein, il n'a rencontré qu'une fois la coïncidence du cancer de la vessie. Rayer (3) décrit sous le nom de cancer de la vessie, des uretères et des bassinets, une lésion qui coïncidait avec des tumeurs cancéreuses du foie : « La substance du rein était saine ; mais à la surface interne de la membrane du bassinet, on voyait de petites tumeurs pédiculées, évidemment formées d'un tissu fibreux, infiltré de matière encéphaloïde ; semblable altération existait dans les uretères. Une masse cancéreuse formée par l'agglomération de petites tumeurs analogues aux précédentes, arrondies, incrustées de concrétions calculeuses, occupait le bas-fond de la vessie ». Clarke (4) et Thompson (5) ont observé, le premier, un cas de cancer épithélial et le second un cas de cancer encéphaloïde existant simultanément dans la vessie et un rein ; Mengaldo (6) rapporte un fait de cancer de la vessie en exstrophie avec dilatation des uretères et cancer du

(1) *Bull. gén. de Thérapeutique*, 1877, t. XCII, p. 301.
(2) C. W. Roberts. — *A practical treatise on urinary and renal diseases, including urinary deposits*. London, 1865, p. 441.
(3) Rayer. — *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 699.
(4) Clarke. — *Med. Times and Gazette*, 1860, t. II, p. 154.
(5) Thompson. — *Trans. of the path. soc. of London*, 1866, t. XVIII, p. 165.
(6) *Gazette méd. de Paris*, 1840, p. 92.

rein droit ; dans un autre de Wood Smith (1) il y avait à la fois cancer du rein, de la vessie et de la plèvre costale. Cette coïncidence reste donc un fait rare et dans les travaux spéciaux de Neumann (2) et de Dutil (3) sur le cancer du rein, on n'en rencontre aucun exemple.

---

(1) *Bristish med. journ.*, 1875, t. I, p. 359.
(2) Neumann. — *Essai sur le cancer du rein*. Thèse de Paris, 1875.
(3) Dutil. — *Du cancer primitif du rein*. Thèse de Paris, 1874.

DEUXIÈME PARTIE

Cancer primitif.

Le cancer primitif de la vessie, considéré comme rare (1) par beaucoup d'auteurs, a même été nié (2). Il n'est plus douteux pour personne qu'il existe ; mais il n'est guère possible de se faire une idée exacte de sa fréquence relative ; dans la statistique de Tanchou (3) qui porte sur 9.118 cancers, la vessie était atteinte 72 fois, mais il n'est pas dit dans combien de cas elle l'a été primitivement. Lebert ne connaissait que 7 observations de cancer primitif, Albers (de Bonn) n'en a rapporté qu'une dizaine de cas (4) ; Baker (5) n'en a trouvé que 5 exemples sur 500 cancers, Sibley (6) n'en a point trouvé sur 520 ; parmi 548 cas de cancer observés par Billroth en 10 ans, il n'y avait qu'un cancer de la prostate et il n'est point question de cancer de la vessie (7) ; sur 4777 cas (3043 hommes et 1734 femmes) observés à l'Institut pathologique de Berlin de 1859 à 1868, la vessie ne s'est trouvée atteinte que 37 fois et

(1) Voigtel. — *Handbuch der path. anat.*, 1805, Bd. III, p. 256.

(2) Sœmmering. — *Ueber töttlichen krankheiten der harnblase.* Francfort, 1809. Trad. Hollard, 1824, p. 13.

(3) Tanchou. — *Rech. sur le trait. médical des tumeurs cancéreuses du sein.* 1844, p. 258.

(4) Albers. — *Erlaüterungen zu dem Atlasse der pathologischen anatomie.* Bonn., 1847-57, p. 57.

(5) Baker. — *Contrib, on the statistics of cancer*, In. *Lond. med. chir. trans.*. 1862, 2e série, t. XXVII, p. 389.

(6) Sibley. — *Lond. méd. chir. trans.*, 1859, 2e série, t. XXIV, page 111.

(7) Winiwarter. — *Beiträge zur statistik der carcinome mit besonderer Rücksicht auf die dauernde Heilbarkeit durch operative Behandlung* in *Centralblatt für Chir.*, 1879, p. 196.

7 fois seulement primitivement (1); enfin, sur cent autres cas Satterthwaite et Porter (2) n'en ont trouvé qu'un de squirrhe de la vessie. Si on se contentait de chercher dans ces statistiques générales, le cancer primitif de la vessie paraîtrait extrêmement rare; mais, en parcourant les recueils d'anatomie pathologique et les ouvrages spéciaux sur les maladies des voies urinaires, on peut arriver à en trouver un nombre suffisant pour aider à tracer l'histoire de cette maladie. Nous en avons réuni 145 cas avec autopsie; la plupart des observations ont été analysées dans les divers chapitres de ce travail; mais nous nous sommes surtout appuyé sur une vingtaine d'observations inédites qui, pour la plupart, ont été recueillies dans le service spécial de M. le professeur Guyon à l'hôpital Necker et dont quelques-unes nous ont été communiquées par nos collègues Guiter, Leroux et Launois.

Étiologie.

L'étiologie du cancer de la vessie est obscure, comme celle de toutes les affections cancéreuses en général.

L'influence du sexe n'est pas douteuse; tandis que le cancer secondaire est beaucoup plus fréquent chez la femme, le cancer primitif atteint bien plus souvent l'homme. Pour établir une proportion, nous nous sommes servi seulement des 145 cas empruntés dans les auteurs, parce que nos observations recueillies pour la plupart dans un service spécial où on ne reçoit que des hommes, sont de nature à altérer la vérité plutôt que de la mettre en lumière. Sur 138 faits de tumeurs réputées cancéreuses de la vessie y compris les tumeurs villeuses, où le sexe est indiqué, 110 appartenaient à des hommes et 28 seulement à des femmes. Sur les 91 hommes dont l'âge est indiqué, 83 avaient dépassé 40 ans :

de 40 à 50 — 20
de 50 à 60 — 26
de 60 à 70 — 23
de 70 à 80 — 13
de 80 à 90 — 1

(1) Heilborn.—*Krebses der harnblase* in *Canstatt' Jahrerbericht*. 1880, t. II, p. 166.— *Schmidt Jahrbucher*, 1870, Bd. 146, p. 102.
(2). *New-York med. journ.*, t. XXX, p. 252.

Sur les 25 femmes dont l'âge est indiqué, 16 seulement avaient atteint 40 ans :

de 40 à 50	—	4
de 50 à 60	—	5
de 60 à 70	—	6
de 70 à 80	—	1
de 80 à 90	—	2

Ces chiffres montrent que la plus grande fréquence du cancer de la vessie est de 40 à 70 ans ; les femmes, moins souvent atteintes, paraissent l'être plus jeunes. L'âge indiqué est l'âge de la mort qui pouvait seul être fixé d'une manière sûre ; nous n'avons voulu établir une moyenne qui ne serait d'aucune utilité puisqu'elle courrait le risque de ne répondre à aucun fait particulier. Mais, nos résultats concordent assez bien avec la moyenne de 43 ans donnée par Walshe (1) qui, du reste, n'avait point distingué à ce point de vue les cancers primitifs des secondaires. Il est donc bien établi que cette dégénérescence se rencontre le plus souvent à la dernière période de l'âge mûr et au delà ; mais on peut l'observer sur des sujets beaucoup plus jeunes ; un malade de Bastian (2) n'avait que 28 ans ; deux autres de Pollock (3) et de Weiss (4) n'avaient que 22 ans ; deux autres de Paderborn (5) et de Schatz (6) n'avaient que 18 ans. Le cancer de la vessie est très rare chez les enfants ; Duzan (7), qui a étudié particulièrement le cancer chez les jeunes sujets, n'en cite point d'exemple ; cependant, Smith (8) en a observé un cas sur une petite fille de 4 ans, et Plieninger (9) sur une autre de 2 ans et 9 mois.



(1) Walshe. — *The nature and Treatment of cancer.* London, 1846, p. 399.

(2) Bastian. — *Trans. of the path. soc. of London*, 1866, t. XVIII, p. 159.

(3) Pollock. — *Trans. of the path. soc. of London*, 1855, t. VI, p. 258.

(4) Weiss. — *Bull. soc. anat.*, 1850, p. 335.

(5) *Med. chir. review*, 1826, t. V, p. 287.

(6) *Centralblatt für die medicinischen wissenchaften*, 1877, p. 132.

(7) Duzan. — *Du cancer chez les enfants.* Thèse de Paris, 1876.

(8) *Bristish med. journ.*, 1872, t. II, p. 64.

(9) *Schmidt's Jahrbucher*, 1834, Bd. IV, p. 300.

La plupart des cliniciens français, J. Paget en Angleterre, Billroth en Allemagne, etc., admettent dans l'étiologie du cancer en général l'importance prédominante de la diathèse ; d'autre part, Virchow, Rindfleisch, Thiersch, Morgan (1), Fredun, de Breslau (2), Beneke (3), etc., reconnaissent à des degrés divers l'influence des irritations locales. Cette divergence d'opinion se retrouve dans l'histoire du cancer primitif de la vessie, tandis que la plupart des auteurs admettent sans conteste l'influence de la diathèse, d'autres attribuent le cancer à des maladies antérieures des voies urinaires ; les calculs ont particulièrement été accusés de provoquer son développement ; mais il faut convenir que le seul fait qui pourrait sérieusement venir à l'appui de l'origine irritative ou traumatique est celui d'Hilton Fagge (4), qui rapporte à l'irritation du cathéter la production d'un cancer de la paroi postérieure de la vessie chez un sujet affecté de fistule uréthrale depuis de longues années. Quant aux calculs, il serait plus juste de renverser la proposition et de dire que, quelquefois, la tumeur vésicale en détermine la formation ; car il faut remarquer que les concrétions ou les pierres que l'on rencontre dans la vessie en même temps qu'un néoplasme, sont le plus souvent purement phosphatiques, vraisemblablement consécutives, et on peut même présumer qu'elles ne se sont produites que tardivement, quand la tumeur avait déjà déterminé du catarrhe vésical. Toutefois, certains cas rares de gravelle urique concomitante seraient plus propices à la défense de l'origine mécanique, à l'appui de laquelle on pourrait encore citer l'histoire de quelques sujets qui avaient été taillés quelques années auparavant et chez lesquels, après un retour des accidents, on aurait trouvé des tumeurs vésicales ; mais on peut encore objecter que la diathèse urique et la goutte sont loin d'être en antagonisme avec la diathèse cancéreuse, et qu'elles peuvent coïncider ou se succéder.

Quoi qu'il en soit des idées théoriques sur l'influence

(1) *Med. Times and Gaz.*, 1872, p. 187.
(2) *Virchow's archiv.*, LXIV, p. 1.
(3) *Deutsch arch. für clin. med.*, t. XV, p. 538.
(4) *Trans. of the path. soc. of London,* 1876, t. XXVIII, p. 167.

de la diathèse, il est remarquable qu'il ne soit question d'hérédité que dans un très petit nombre d'observations. Harrison Cripps (1) pense que le cancer en général se répartit à peu près également entre les individus qu'ils soient ou non issus de cancéreux ; mais, si on s'en rapportait strictement aux faits publiés, on devrait penser que dans ce cas particulier l'hérédité est l'exception ; je n'ai jamais rencontré l'hérédité locale du cancer de la vessie.

On pourrait peut-être rapprocher des faits relatifs à l'influence étiologique de l'irritation locale le cas de Virchow (2), d'un myôme vésical dont la couche la plus interne était carcinomateuse ; mais il est permis de se demander si ce myocarcinome est le résultat de la dégénérescence carcinomateuse partielle d'un myôme, ou si la présence d'un cancer n'a pas pu déterminer l'hypertrophie localisée des couches musculaires.

C'est sans aucune preuve qu'on a accusé des causes banales, comme la syphilis, l'abus de boissons et de femmes, etc., d'avoir provoqué le développement de néoplasmes de la vessie (Sœmmering, Nauche, etc).

Enfin, je ferai remarquer que les collections allemandes, si riches de faits, telles que le *Canstatt's*, le *Schmidt's*, les *Centralblatt*, etc., ne contiennent qu'un nombre relativement insignifiant de cas de cancer de la vessie, tandis qu'on en trouve une quantité beaucoup plus considérable dans les journaux anglais et américains ; doit-on accuser l'affection qui nous occupe d'avoir une prédilection pour certaines races ou certains climats, ou expliquer cette différence par une étude moins approfondie des maladies des voies urinaires en Allemagne qu'en Angleterre, en Amérique et en France où les Bulletins de la Société Anatomique fournissent aussi une abondante moisson de faits ? Il est probable que si cette affection a été moins étudiée en Allemagne, c'est qu'elle y a été moins fréquente.

---

(1) *Bartholomew's hospital reports*, t. XIV.
(2) Virchow. — *Path. des tumeurs*, Trad. Aronsohn, 1871, t. III, p. 314.

Anatomie pathologique.

Les anciens auteurs ne décrivaient que deux formes de tumeurs malignes de la vessie, l'encéphaloïde et le squirrhe, qui sont encore seuls à trouver place dans les ouvrages récents de Cornil et Ranvier (1) et de Vernial (2) ; Birket (3) cependant, avait admis le cancer colloïde, l'épithéliome ; plus récemment, Podrazki, dans le traité de Pitha et Billroth a cité un cas de sarcôme, et F. Marchand (4) et Heath (5) en ont encore rapporté depuis, chacun un exemple. Nous avons considéré le papillome vrai non point comme une forme anatomique du cancer, mais comme une tumeur à pronostic grave, en raison de son siège.

Sur les 145 cas déjà indiqués, non compris les faits inédits que nous rapportons, 82 fois seulement les auteurs ont indiqué la forme anatomique du néoplasme autrement que par les expressions de cancer, de fongus cancéreux, d'ulcère cancéreux, etc.

	hommes		femmes.
Squirrhe	7	—	»
Encéphaloïde ou médullaire. . .	30	—	9
Colloïde	»	—	1
Sarcôme	»	—	3
Epithéliôma	5	—	»
Villeux (?).	20	—	7

Il faut bien convenir que ces dénominations sont pour la plupart fondées sur les caractères macroscopiques et n'ont pas toute la rigueur scientifique désirable; il est vraisemblable qu'un certain nombre de tumeurs dites encéphaloïdes, pourraient rentrer dans le groupe des épithéliômes, les tumeurs villeuses comprenant à la fois

(1) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histologie path*,, p. 1092.
(2) Vernial. — *Du cancer primitif de la vessie*. Thèse de Paris, 1873.
(3) Birkett. — *London med. chir. trans.*, 1858, 2e série, t. XXIII, page 311.
(4) Marchand. — *Ein Beiträge zur Casuistik der Blasentumoren*. — *Langenbeck arch*, t. XXII, 1878, p. 676.
(5) Heath. — *Med. Times and az.*, 1879, t. II, p. 663.

des papillomes simples et des carcinomes villeux. Ces chiffres n'indiquent donc que des probabilités ; cependant, il existe assez d'examens histologiques pour que l'existence du carcinome dans ses diverses formes, du sarcome, de l'épithéliôma, du papillome soit bien établie. Le carcinome, qui paraît de beaucoup le plus fréquent, se réduira peut-être, lorsque de nombreux examens microscopiques permettront d'établir une statistique sur une base plus solide ; c'est là, du reste, un détail moins important au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Pour les anciens, toute tumeur dure est considérée comme squirrheuse, et cette qualification ne peut pas permettre d'en déterminer exactement la nature; ainsi Bonet (1) cite un cas de *squirrhe* « scirrhum sive tumorem durum » qui remplissait toute la vessie ; et comme d'ailleurs ils ne distinguaient guère les tumeurs primitives des tumeurs secondaires, il s'ensuit que l'on ne peut guère tenir compte de leurs observations. Un certain nombre de faits récents pourraient encore tomber sous la même critique ; celui de Mac-Gill (2), plusieurs fois cité, semble bien être un squirrhe, mais il est moins sûr qu'il soit primitif; le cas de Pilcher (3) n'est peut-être pas non plus à l'abri de toute contestation, parce que l'état de la prostate n'est pas suffisamment indiqué. Mais on peut citer d'autres cas de squirrhe moins douteux : Gross en rapporte deux ; Alberts (de Bonn) en cite un, de Lambl, Arnold (4), Munoz (5), Bradley (6), Butlin (7) en ont aussi observé des exemples.

Le carcinome fibreux peut se présenter dans la vessie

---

(1) Bonet. — *Sepulchretum anat.* Genève, 1679, p. 1189.
(2) Mac-Gill. — *Essais et obs. de méd. de la Soc. d'Edimbourg.* 1767, t. VI, p. 378.
(3) Pilcher. — *The Lancet*, 1840-41, t. I, p. 121.
(4) Arnold. — *Scirrhus der Blase mit stricktur den harnröhre* ; *Schmidt's Jahrbücher*, 1861, Bd. 109, p. 328.
(5) Munoz. — *El siglo medico*, 1870, p. 838. — *Schmidt's Jahrbücher*, 1873, Bd 160, p. 80.
(6) Bradley. — *British med. journ.*, 1873, t. I, p. 475.
(7) Butlin. — *Trans. of the path. soc. of London*, 1876, t. XXVIII, page 165.

sous forme de tumeur plus ou moins saillante, sessile, dure, généralement à contours réguliers et à surface lisse ou mamelonnée ; autour de la tumeur principale on peut rencontrer des tubercules cancéreux isolés. D'autres fois, le néoplasme se développe en plaques lardacées formant une saillie aplatie dans la cavité vésicale; ces plaques peuvent se ramollir superficiellement et former des ulcérations fongueuses (1). D'autres fois, enfin, il se montre à l'état d'infiltration diffuse plus ou moins tendue, déterminant un épaississement dur des parois de la vessie et tendant à envahir tout l'organe.

Le cancer *encéphaloïde*, décrit sous le nom de fongus hématode par Howship (2) et Brodie (3) était déjà considéré par Lebert (4) comme la forme qui se développe le plus fréquemment dans la vessie, et notre statistique confirme cette opinion.

Il peut se présenter au début, soit à l'état d'infiltration diffuse, soit sous forme de noyaux disséminés ou de plaques indurées. Suivant Lebert (5), il aurait son point de départ dans le tissu sous-muqueux ; cette opinion peut s'appuyer sur les faits dans lesquels on voit une tumeur ramollie formant une ulcération circonscrite par une collerette flottante, constituée par la muqueuse en apparence saine. Pour Cornil et Ranvier, au contraire, il y aurait tout d'abord une infiltration en nappe de la muqueuse,qui peut acquérir un demi-centimètre ou un centimètre d'épaisseur; puis, peu à peu, la présence du néoplasme détermine l'épaississement du tissu conjonctif et l'hypertrophie des fibres musculaires. Nous n'avons jamais eu occasion d'examiner une tumeur primitive à son début, mais, sur trois pièces où nous avons trouvé autour d'une tumeur ancienne des tubercules cancéreux ou des plaques, il s'agissait d'une infiltration de la mu-

---

(1) Philippart. — *Bull. Acad. de méd. de Belgique*, 1878, p. 251.
(2) Howship. — *Practical obs. on the deseases of the urinary organs*. London, 1816, p. 126.
(3) Brodie. — *Lectures on diseases of the urinary organs*. London, 1832, trad. Patron, 1845, p. 149.
(4) Lebert. — *Traité d'anat. path. gén. et spéciale;* t. II, p. 366.
(5) Lebert. — *Trait. des maladies cancéreuses*, p. 873.

queuse dont les éléments étaient complètement détruits à quelque distance de la périphérie du néoplasme.

Lorsqu'elle est déjà volumineuse, la tumeur peut se présenter encore comme un épaississement localisé des parois vésicales, comme on pouvait le voir sur une pièce qui m'a été donnée par mon ami et collègue Guiter, interne des hôpitaux, et dont voici l'observation succincte :

Observation II. — Le nommé Col.... Claude, âgé de 73 ans, est entré le 22 janvier 1880, au n° 3 de la salle Saint-Michel, à l'hôpital Tenon (service de M. Delens).

Cet homme a été jusqu'ici en bonne santé, il était encore bien portant il y a un mois ; il prétend n'avoir jamais eu de douleurs dans le bas ventre, ni difficultés à uriner, ni altérations de l'urine avant ces derniers temps.

Il y a un mois environ, il s'est aperçu qu'il pissait du sang, sans dysurie, ni douleurs hypogastriques, il éprouvait seulement quelques picotements au moment de la miction. Depuis cette époque, il a presque constamment uriné du sang, au moins pendant la journée; pendant la nuit, les urines redevenaient claires; il n'a jamais été forcé de s'aliter complètement. Dans ces derniers temps, l'affaiblissement étant devenu très grand, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Il est très amaigri, cachectique mais sans présenter la teinte jaune paille caractéristique du cancer; les urines contiennent beaucoup de sang ; pas de difficulté dans la miction, pas de douleurs de reins, quelques douleurs vagues de temps à autre dans le ventre. Les urines ne laissent déposer que des caillots sanguins. L'urèthre est libre, la prostate n'est pas volumineuse, on ne trouve pas de corps étranger dans la vessie ; on ne constate pas de tumeur vers le bas-fond, mais, on admet cependant l'hypothèse d'un fongus vésical.

7 *février* L'hématurie a persisté depuis son entrée, malgré le repos et malgré le traitement par le perchlorure de fer et par l'ergotine en potion (2 gr. par jour) ; l'urine n'est redevenue claire qu'un seul jour, sans cause particulière. L'affaiblissement fait des progrès ; les fonctions digestives s'accomplissent assez mal, il y un peu d'élévation de température et des sueurs dans l'intervalle desquelles la peau présente une grande sécheresse.

8 *février*. La température monte à 39° le soir ; un peu de dyspnée, sans râles ; la langue est très sèche, l'appétit presque nul et la soif vive ; pas de diarrhée ni de constipation, le

malade est très faible, il laisse aller ses urines (Sulfate de quinine 0,75; potion Todd ; potion ergotine 4 gr.)

9 *février*. La température qui était tombée le matin à 38°,5, est revenue le soir à 39°,1. Même état local et général; la langue est toujours sèche, un peu de diarrhée ; pas de râles à l'auscultation.

10 *février*. La température monte à 40° ; le malade est dans un état semi-comateux, répondant à peine aux interrogations. Langue très sèche ; gros râles humides entendus à distance et produits par les mucosités bronchiques, râles de congestion vers les bases. L'hématurie a à peu près disparu, les urines sont à peine teintes.

11 *février*. Mort dans le collapsus.

Autopsie.—Les organes splanchniques ne présentent rien de particulièrement intéressant, aucune trace de production cancéreuse; les reins eux-mêmes n'offrent que l'altération sénile et rien qui puisse être en rapport avec les lésions vésicales ; pas de ganglions engorgés.

Lorsque la vessie est ouverte en haut sur la ligne médiane, on découvre sur la droite une tumeur peu saillante, à surface régulière et à peu près lisse, sans trace d'ulcération même superficielle ; elle offre une consistance élastique et une coloration jaune rougeâtre. A la périphérie de la tumeur, sur la muqueuse saine, on voit des arborisations vasculaires nombreuses et volumineuses, tandis qu'il n'en existe point sur la convexité de la saillie. L'étendue du néoplasme est de six centimètres suivant la largeur, et de 5 centimètres suivant l'axe antéro-postérieur du corps; il a à peine deux centimètres d'épaisseur dans le point le plus épais ; il présente sur la coupe un tissu blanchâtre dont on peut exprimer par la pression et par le grattage un suc laiteux. Il reste une couche de fibres musculaires qui n'est point comprise dans la dégénérescence. L'uretère droit est resté en dedans de la partie postérieure de la tumeur. La prostate est peu augmentée de volume, souple et sans bosselures ; elle est d'ailleurs séparée de la production nouvelle par un sillon distinct.

La tumeur est constituée par un tissu alvéolaire qui offre l'aspect caractéristique du carcinome. Au centre, la muqueuse est complètement dégénérée et ne laisse plus de trace; la production morbide paraît à nu à la surface interne de la vessie ; la tunique musculaire est en partie infiltrée par les éléments carcinomateux qui s'avancent d'abord dans les espaces celluleux qui séparent les faisceaux des fibres musculaires, il ne reste qu'une mince couche de la

musculeuse qui soit intacte. A la périphérie, la muqueuse et la couche celluleuse sous-jacente sont altérées jusqu'à la même limite, mais la musculeuse est intacte à ce niveau.

Pendant la première période, la tumeur présente une consistance ferme, la surface de coupe est lisse, d'un blanc légèrement nacré et uniforme et fournit par la pression et par le grattage un suc laiteux. Peu à peu, on voit apparaître sur la convexité de la tumeur d'abord unie des mamelons, des bosselures qui font plus ou moins de saillie dans la cavité vésicale. Ces mamelons finissent par s'ulcérer et se ramollir et poussent des excroissances fongueuses, des champignons irréguliers, des masses cérébriformes présentant l'aspect de choufleurs (cauliflower cancer). Tantôt il n'existe qu'une seule excroissance fongueuse sessile et volumineuse, tantôt il en existe plusieurs à pédicules séparés reposant ou non sur une même base d'induration carcinomateuse, tantôt enfin plusieurs tumeurs à pédicules séparés se confondent par leur bourgeonnement en une masse unique. Souvent, la tumeur présente le volume d'un marron ou d'un petit œuf, mais on en a vu du volume d'une tête de fœtus à terme (1), remplissant complètement la cavité de la vessie. Emery Bissell (2) a vu une tumeur qui présentait une longueur de 9 pouces anglais sur 4 1/2 de large.

Si nous examinons les 145 tumeurs cancéreuses ou villeuses dont nous avons déjà parlé, nous en trouvons un bon nombre où le siège n'est point indiqué ; mais, l'étude des autres où il est donné d'une manière assez claire donne les résultats suivants :

Base	25
Base et paroi antérieure	3
Base et paroi postérieure	7
Base et paroi latérale droite.	1
Base et paroi latérale gauche.	2
Paroi postérieure.	17
Paroi postérieure et paroi supérieure. . . .	5

(1) Caudmond. — *Bull. soc. anat.*, 1851, p. 23.
(2) Emery Bissell. — *American journ. of med. sc.*, 844, t. VII, p. 122.

Paroi postérieure et latérale gauche	2
Paroi antérieure	2
Paroi antérieure et supérieure.	1
Paroi latérale gauche	2
Paroi latérale droite	2
Sommet.	2
ol	3
Près de l'uretère gauche	8
Près de l'uretère droit.	5
Tumeurs multiples.	12
Tumeurs diffuses.	8

On voit que la base du voisinage des uretères et la paroi postérieure, sont le siège de prédilection de ces tumeurs ; l'encéphaloïde, en particulier, en diffère pas de la généralité ; sur 24 cas où le siège est suffisamment indiqué, il y en a 19 où la tumeur occupe ces mêmes régions. Cette localisation explique pourquoi on a si souvent à redouter les accidents déterminés par l'oblitération des uretères. Quant la tumeur est située sur la ligne médiane de la paroi inférieure, elle peut constituer une sorte de cloison qui divise la cavité vésicale en deux cavités secondaires. Assez souvent on voit, autour du pédicule de la tumeur ou à une petite distance, des tubercules ou des plaques cancéreuses qui font une légère saillie dans la cavité vésicale ; on en trouve un exemple dans l'observation suivante :

Observation III. — Le nommé Nag.... François, âgé de 60 ans, est entré le 12 mars 1880 au n° 26, salle St-Vincent, à l'hôpital Necker (service de M. le professeur Guyon).

Le malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, soit au point de vue du cancer, soit au point de vue des maladies des voies urinaires ; il n'y a rien non plus de spécial dans ses antécédents personnels, il dit s'être toujours bien porté et n'avoir jamais eu de blennorrhagie ni d'autres affections des organes urinaires.

Il y a à peu près deux ans qu'il a pissé du sang pour la première fois ; ses hématuries se reproduisaient à peu près tous les quinze jours, sans cause appréciable, sans fatigue, et elles duraient généralement une journée. Cet état dura à peu près un an, sans que l'hématurie s'accompagnât d'aucun autre symptôme ; pas de douleurs d'aucune sorte, pas d'évacuation de graviers. Ce n'est que vers le mois de janvier 1879 qu'il commença à voir du sable dans son urine

et quelquefois des graviers irréguliers qui provoquaient de vives douleurs à leur passage dans le canal. Quelque temps après, il commença à souffrir habituellement et surtout quand il allait en voiture, et à éprouver des picotements à l'extrémité de la verge après avoir uriné, il éprouve aussi une pesenteur continuelle au périnée, vers le rectum. Le jet d'urine s'arrêtait souvent tout à coup; les urines sont souvent sanguinolentes mais n'ont jamais laissé déposer de pus. Il pisse très fréquemment à peu près 20 fois par nuit, un peu moins le jour; et souvent depuis huit jours il lui arrive de laisser échapper son urine malgré lui. Quand il se présente à la consultation, le 12 *mars*, on trouve le canal libre, une bougie-explorateur n° 20 pénètre jusque dans la vessie où on sent un frottement rugueux très bref.

13 *mars*. Le malade ne sent aucune douleur bien qu'il ne soit au repos que depuis 24 heures. Il est très amaigri mais se sent encore vigoureux; son teint est légèrement plombé. Les fonctions digestives s'accomplissent assez bien; appétit; ni constipation, ni diarrhée. Aucun trouble du côté des autres organes. Il n'a jamais eu de fièvre intense, mais il se sent très altéré. On tente le cathétérisme avec l'explorateur métallique, mais il est arrêté dans la prostate, on devra préparer le canal par le passage de bougies. Cette tentative ne provoque pas de saignement, mais les urines sont fortement teinte set laissent déposer des caillots sans pus (le malade en a rendu 3 litres et demi dans les 24 heures.)

18 *mars*. Les jours suivants, les urines n'ont pas cessé d'être fortement teintes aussi bien la nuit que le jour, le malade rend quelquefois, surtout le matin, des caillots effilés dont l'expulsion provoque de vives douleurs. Ce n'est que de ce jour que l'on constate un léger dépôt purulent au fond du bocal.

19 *mars*. Les urines étaient à peu près claires le matin, sauf le dépôt purulent, mais deux heures après le cathétérisme avec la sonde molle, il a un pissement de sang à peu près pur, puis sont venus des caillots qui ont fait souffrir le malade jusqu'au soir; cependant, il était resté au repos et on ne peut guère faire intervenir le traumatisme comme cause, puisqu'il y avait eu plusieurs mictions dans l'intervalle; on suspend néanmoins le cathétérisme.

23 *mars*. Depuis son entrée, le malade pisse en moyenne deux litres et demi d'urine par jour Il pisse à peu près toutes les demi-heures, le jour comme la nuit, et dès qu'il s'endort l'écoulement se fait goutte à goutte. Les urines n'ont guère cessé d'être teintes qu'une seule fois, et seu-

lement pendant quelques heures, mais elles le sont à des degrés très différents, elles paraissent contenir beaucoup plus de sang le matin après le décubitus prolongé; elles laissent déposer une couche d'un demi centimètre de pus au fond du bocal, sans débris organiques ni graviers.

24 *mars*. Examen sous le chloroforme : l'explorateur métallique ne peut pas pénétrer dans la vessie.

Le toucher rectal fait constater que la prostate est peu volumineuse, souple, sans bosselure ; au dessus, on sent la vessie qui donne une sensation de mollesse comme si elle contenait du liquide. Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde molle à béquille, laisse écouler environ 150 grammes de liquide très rouge, qui paraît être du sang pur. La vessie une fois vide, le toucher rectal combiné avec la palpation abdominale permet de sentir nettement, en arrière et au-dessous de la prostate, une tumeur vésicale, développée surtout à droite, et paraissant avoir le volume d'une petite orange. Cette tumeur est assez résistante et grâce à la résolution complète dans laquelle se trouve le malade, on peut facilement en sentir les bosselures par la palpation abdominale. Le frottement dur que l'on a perçu avec les bougies était probablement fourni par des incrustations calcaires développées sur cette tumeur. Pas de ganglions. Dans la journée, les urines ont continué à contenir beaucoup de sang liquide et en caillots.

25 *mars*. Les urines sont toujours d'une couleur jus de groseilles; pas de fièvre, état général assez bon.

Jusqu'au 5 *avril*, le malade est resté toujours à peu près dans le même état, pissant souvent des urines, plus ou moins teintes, sans douleur quand il est au repos et qu'on ne le sonde pas, avec un état général relativement bon. Mais, tout à coup les urines diminuent, les forces se perdent, l'appétit tombe, la langue devient sèche et cramoisie, toujours sans fièvre; un peu de subdélirum la dernière nuit. (un litre d'urine dans les 24 heures).

10 *avril*. Aggravation du même état. Les urines sont moins sanglantes, à peine rousses.

11 *avril*. Accès de fièvre cette nuit et délire violent. Il n'y a plus qu'un demi-litre d'urine contenant plus de pus que sang. Anorexie complète, soif vive, abattement considérable.

12 *avril*. Le malade n'urine presque plus, mais laisse couler dans son lit quelques gouttes d'urine purulente. Coma. T. A. 35° le matin ; 35°,2 le soir.

13 *avril*. Même état; est resté dans le coma depuis la veille. T. A. 34°,5 le matin ; 34° le soir.

14 *avril.* Mort à 3 heures du matin

Autopsie. — Les méninges sont fortement infiltrées et les ventricules laissent échapper une grande quantité de liquide, mais le reste de l'encéphale paraît sain.

Les poumons ne présentent rien de particulier, quelques adhérences pleurales aux deux sommets. — Le cœur est mou, ses cavités droites sont remplies de caillots noirs; pas de lésions d'orifices. Les organes abdominaux, sauf les reins, n'offrent point de lésions notables.

Les deux uretères sont très augmentés de volume, mais à peu près également : ils sont gros comme le petit doigt, flexueux; leurs parois sont minces et transparentes. Ils laissent échapper un liquide un peu trouble.

Le *rein droit* est petit (80 gr.), sa surface facile à décortiquer est un peu grisâtre et présente quelques bosselures. Le parenchyme est très ferme, mais très réduit d'épaisseur; les pyramides de Malpighi, petites, tranchent par leur coloration foncée sur la substance corticale qui est pâle et jaunâtre et n'a que 5 millimètres d'épaisseur; pas de kystes ni d'abcès miliaires. Les calices et le bassinet sont fortement dilatés et leur muqueuse est pâle, comme lavée, sauf à l'origine de l'uretère, où elle est finement injectée.

Le *rein gauche* est beaucoup plus volumineux (180 gr.), il est aussi facile à décortiquer; çà et là, on voit à la surface des points blancs dont quelques-uns sont gros comme une petite lentille, d'où on peut faire écouler une goutte de pus grumeleux. Le parenchyme rénal, fortement congestionné dans toutes ses parties, présente de ces petits abcès dans l'épaisseur de la substance corticale, on n'en trouve que deux dans la substance médullaire. Les calices et le bassinet présentent à peu près le même aspect que du côté opposé.

La *vessie* ouverte par la face antérieure présente à considérer une tumeur en forme de champignon irrégulier et végétant, du volume d'un œuf de dinde, offrant sur toute sa convexité une surface inégale, comme hachée sur certains points où sa substance paraît presque diffluente. Au milieu de ces détritus, on remarque quelques graviers phosphatiques et une petite plaque calcaire de deux centimètres carrés qui est appliquée sur la face antérieure de la tumeur, sans y adhérer. La coloration générale de la tumeur est d'un gris jaunâtre; elle est gluante au contact. Elle se rétrécit légèrement vers son point d'implantation, qui a bien 5 ou 6 centimètres carrés d'étendue et est situé

en dehors ou en arrière de l'uretère droit, qui se trouve pour ainsi dire circonscrit par la tumeur; mais les bords de l'orifice ne sont point indurés et le canal laisse facilement pénétrer une bougie n° 16. Sur le trigone vésical, on voit une plaque, de 3 centimètres carrés environ, blanchâtre, saillante d'un millimètre à peine, dure, comme fibro-cartilagineuse; autour de la base d'implantation de la tumeur, on trouve encore quelques petites masses lenticulaires qui font saillie à la surface de la muqueuse. La surface de coupe de la tumeur principale est d'un blanc jaunâtre, offre une consistance généralement ferme, mais on y rencontre quelques petits foyers de ramollissement, principalement à la partie supérieure. Les petites productions périphériques présentent une coupe d'un blanc nacré et paraissent comprendre exclusivement la muqueuse. Cette dernière membrane présente autour de la tumeur des arborisations vasculaires assez développées et des membranes violacées sur toute son étendue, elle est en outre imprégnée d'un mucus puriforme gluant.

La tumeur présente la structure alvéolaire du carcinome; il en est de même de la plaque qui fait saillie sur le trigone et qui montre le tissu pathologique à nu, du côté de la cavité vésicale. On ne trouve plus trace ni du tissu de la muqueuse ni d'épithélium au dessus d'elle; au-dessous, il reste une couche de tissu conjonctif non infiltré qui la sépare de la tunique musculaire; le tissu morbide a aussi du reste de ce côté, une limite nette comme si la muqueuse était seule prise; et à la périphérie de la lésion l'infiltration cancéreuse siège bien exclusivement dans les muqueuses.

Ces sortes de plaques peuvent évoluer comme la tumeur primitive, à tel point qu'elle n'en soit plus distinguée.

Quand la tumeur a pris la forme d'un champignon végétant, sa consistance est très variable suivant les points, tandis que la surface est friable, molasse, comme pulpeuse; la base d'implantation est restée dure. A la coupe, le champignon présente l'aspect d'une masse homogène, d'un blanc sale ou d'un jaune rosé, dont la consistance diminue vers la périphérie et dont la surface laisse suinter un jus laiteux et montre quelquefois de place en place de petits foyers de ramollissement. On trouve alors la tumeur enduite d'un détritus grumeleux

noirâtre ou d'une bourbe calcaire, recouvrant une surface anfractueuse, ulcérée, comme hâchée, dont la pression fait sortir un liquide puriforme et sanieux. Quelquefois, lorsque la tumeur est largement et profondément ramollie et détruite, la muqueuse paraît décollée sur les bords de l'ulcération et soulevée par la masse fongueuse qui semble alors développée aux dépens du tissu conjonctif sous-muqueux (1). Bonet (2) parle d'un fongus qui « jam suppurari cœperat » ; l'urine purulente jointe aux détritus cancéreux et à la boue calcaire qui remplit les alvéoles de cette sorte d'éponge lui donnent en effet l'aspect d'un masse en suppuration. Le ramollissement commence presque toujours par la surface, mais il peut arriver qu'il commence par le centre, comme le montre un cas de Civiale ; et on trouve alors la tumeur creusée d'une sorte de caverne ; quelquefois, le ramollissement est assez complet pour que le néoplasme s'évacue presque en totalité, et il ne reste plus qu'une ulcération à bords indurés par l'infiltration cancéreuse, qui établit une communication entre la vessie et un organe voisin. Dès que la présence de la tumeur a déterminé un certain degré de catarrhe vésical, il peut se produire des dépôts de phosphates calcaires, des graviers qui s'aglutinent quelquefois pour former des plaques phosphatiques qui recouvrent la tumeur dans une étendue plus ou moins grande ; on en a même signalé qui formaient une véritable coque ; il est rare que ces plaques présentent des adhérences solides avec le néoplasme, mais elles peuvent cependant, lorsque l'on n'est point prévenu, faire errer le diagnostic en donnant une sensation de pierre par le frottement de l'explorateur, comme dans notre observation III.

Le cancer *colloïde* paraît très rare dans la vessie. Gant (3) a vu un cas où la cavité vésicale était distendue par une gelée jaunâtre et tremblottante qu'il regarde comme appartenant à cette forme de tumeurs, mais elle

(1) Casaubon. — *Bull. soc. anat.*, 1867, p. 144.
(2) Bonet. — *Sepulchretum anat.*, Genève, 1679, p. 1294.
(3) Gant. — *Principles of surgery. Introductory elem. of path. anat.*, p. 55.

n'était peut-être pas primitive, d'autres organes étaient pris en même temps. M. Lancereaux (1) décrit sous ce nom une tumeur qui présentait les caractères suivants : « Le bas-fond induré et épaissi présente à sa face interne, qui est fortement injectée, des inégalités nombreuses, sortes de végétations molles et fongueuses composées d'excroissances papillaires disposées sous forme de masses plus ou moins étendues. Le fond de ces masses est constitué par une masse homogène, transparente, assez ferme, d'apparence gélatineuse, renfermée au sein de larges alvéoles circonscrites par des houppes capillaires riches en vaisseaux. » Sanders (2) rapporte un cas où des masses colloïdes avaient été rejetées par l'urèthre ; mais ce fait n'a guère de valeur, car nous montrerons plus tard que l'aspect des lambeaux rendus par l'urèthre est très trompeur. D'ailleurs, il faut se rappeler que le myxôme peut se rencontrer dans la vessie et que les produits de son ulcération fournissent une matière colloïde, qui ne peut être distinguée d'une manière certaine par l'examen microscopique.

Le cancer *mélanique* ne parait pas avoir été observé primitivement dans la vessie.

On ne peut citer qu'un nombre très restreint de cas de *sarcome* de la vessie, outre ceux déjà mentionnés de Podrazki, de Marchand, de Smith, je n'ai rencontré que les deux faits de Rosapelly (3) et de Sokolow (4) ; mais on ne peut guère en tirer de conséquence au point de vue de la fréquence relative de cette forme de tumeurs, parce que le sarcome peut se présenter sous la même forme que les tumeurs carcinomateuses et évoluer d'une manière analogue; parce que, en outre, l'examen microscopique des tumeurs de la vessie en général n'a été fait que dans un nombre peu considérable de cas, de sorte qu'il est certain que l'on a confondu sous le nom

(1) Lancereaux. — *Atlas d'anat. path.*, texte, 1871, p. 361.
(2) Sanders. — *Edinburgh med. journ.*, 1864, t. X, p. 273.
(3) Rosapelly. — *Bull. soc. anat.*, 1872, p. 159.
(4) Sokolow. — *Lithiasis complicirt mit fibrosarcom der Harnblasenwand*; in *Centralblatt für chir.*, 1876, p. 33.

d'encéphaloïde, qui n'est qu'une dénomination vague fondée sur des propriétés organoleptiques grossières, des tumeurs de nature très différente. Un certain nombre de sarcomes a dû augmenter ainsi la proportion des carcinomes qui restera d'ailleurs le plus fréquent, d'autant plus qu'on devrait lui attribuer plusieurs tumeurs dites villeuses.

On peut faire la même réserve pour l'*épithélioma*, qui est probablement plus fréquent que la statistique ne le montre. Les cas de Thompson (1), de Hilton Fagge (2), de van Keuren (3), etc., n'ont pas tous la même valeur. Ce point a encore besoin d'être éclairci par de nouvelles observations, qui pourront d'ailleurs corroborer quelques faits empruntés à l'anatomie pathologique comparée : certaines espèces domestiques, notamment l'espèce bovine (4), peuvent en effet être atteintes de cancer de la vessie, et on a pu observer chez elles le cancer épithélial. MM. Nocart et Trasbot, professeurs à l'école vétérinaire d'Alfort, ont eu l'obligeance de me communiquer chacun un fait de ce genre ; dans l'un, il s'agissait d'une vache, qui avait eu des hématuries et sur laquelle on trouva un épithelioma tubulé; dans l'autre, il s'agissait d'un cheval qui était atteint d'un épithélioma cylindrique.

Le plus souvent, l'épithélioma se présente sous la forme d'une tumeur végétante, à aspect cérébriforme très analogue à celui des tumeurs précédemment décrites. Quelquefois il forme une ulcération à bords indurés qui, après avoir déterminé des adhérences entre la vessie et l'organe le plus voisin, peut enfin devenir perforante et établir une communication anormale entre les deux cavités. Enfin, la production épithéliale peut prendre la forme de plaques constituées par de petites saillies mamelonnées, verruqueuses, conglomérées, à peine sail-

(1) Thompson. — *Trans. of the path. soc. of London*, 1866, page 165.
(2) Hilton Fagge. — *Trans. of the path. soc. of London*, 1876, page 167.
(3) Van Keuren.— *Virginia med. monthly*, 1876, t. II, p. 116.
(4) Lafosse. — *Traité de pathologie vétérinaire*, 1867, t. III, p. 1173.

lantes au niveau de la muqueuse ; une lésion de ce genre, limitée à une portion de trigone, a pu déterminer la mort en quelques jours par une hématurie incoercible.

Sous le nom de *cancer villeux* (1), on a confondu, comme nous l'avons déjà fait remarquer, les productions villeuses qui se développent si fréquemment autour ou au-dessus des tumeurs carcinomateuses de la vessie, et qui, jointes aux lambeaux nécrosiques qui se détachant de la superficie de la tumeur, lui donnent une apparence chevelue, avec le *papillome* simple, tout différent au point de vue anatomique. C'est probablement au premier groupe qu'appartiennent les tumeurs considérables du volume d'une orange (2) par exemple, qui sont désignées sous le nom de tumeur villeuse ; car le papillome ne fournit guère que des masses du volume d'une noix ou d'un petit œuf au plus. Il se présente d'ailleurs sous des aspects très divers; souvent, c'est une tumeur sessile ou pédiculée, arrondie ou ovoïde, mollasse, fongueuse, dont la surface offre une coloration plus souvent rose que rouge, ne différant guère, lorsqu'on l'examine à l'air libre, d'une masse encéphaloïde; mais, si on la plonge dans l'eau, on la voit augmenter de volume presque instantanément, parce que les nombreux prolongements filiformes qui en partent, ou plutôt qui la constituent toute entière, se mettent à flotter dans toutes les directions. Ces filaments ondoyants sont quelquefois longs de trois ou quatre centimètres, la tumeur présente alors l'aspect d'une touffe laineuse, et cette comparaison devient encore plus exacte lorsque la pièce a macéré longtemps dans un liquide et a pris une teinte blanc sale. Le pédicule de ces tumeurs est généralement court et épais; quelquefois, il est très mince et la tumeur paraît pendue comme une figue (3) à la paroi vésicale; d'autres fois, il s'allonge en cordon et peut permettre à la tumeur d'aller s'engager dans l'urèthre, ou encore il s'aplatit en

---

(1) Rokitansky. — *Sitzungsbericht der Akademie zu Wien* 1852, Bd 8, p. 513.

(2) Plazl. — *L'Ebdomadario clinico*, Bologna, 1864, p. 592.

(3) Thompson. — *Trans. of the path. soc. of London*, 1870, p. 265.

même temps qu'il s'allonge pour former une espèce de lame bifurquée ou trifurquée ressemblant aux expansions foliacées, aux thalles de certains lichens, sur lesquelles s'implantent les prolongements filiformes. Ces tumeurs peuvent être isolées, mais on en trouve assez souvent deux ou trois, ou autour d'une tumeur volumineuse on trouve des groupes de tumeurs plus petites (1), enfin, toute la vessie peut être garnie de touffes disséminées. Ces tumeurs peuvent occuper tous les points de la vessie, mais on les trouve beaucoup plus fréquemment sur la base, dans la proportion de 16 sur 20. Mais, le papillome n'a pas toujours l'aspect d'une tumeur distincte, quelquefois il se présente sous la forme de petits mamelons très peu élevés au-dessus de la surface de la muqueuse, ou encore d'un pli peu saillant ressemblant à un des plis normaux de la muqueuse vésicale à l'état de vacuité, ou aux valvules conniventes peu développées de la partie supérieure de l'intestin, mais un peu rosé à sa surface. Si on examine sous l'eau ces mamelons ou ces plis, on voit qu'ils sont formés par un champ de villosités ondoyantes groupées suivant leur taille, les plus élevées occupant le centre. On trouve un bel exemple de cette disposition dans le fait suivant, où nous avons pu examiner la pièce à l'état frais.

Observation IV.— *Papillome de la vessie.* —Le nommé Victor Joh..., âgé de 79 ans, entre le 8 novembre 1879 à la salle Saint-Vincent, n° 21, à Necker (service de M. Guyon).

Les antécédents héréditaires sont peu nets; lui-même s'est toujours bien porté, il a seulement été sujet à un flux hémorrhoïdal qui a cessé il y a plus de 10 ans.

Son attention fut appelée sur l'état de la vessie il y a seulement deux ans; il s'aperçut qu'il pissait quelques graviers, et consulta un médecin qui se contenta de lui faire prendre des tisanes diurétiques. Quelques mois après, il constata que ses urines étaient teintes en rouge, il les rendait du reste sans douleur. Cette hématurie continua plusieurs semaines à toutes les mictions, et paraissait par conséquent étrangère à toute provocation; il vint alors consulter à Necker et on lui fit prendre de la tisane de bourgeons de sapin et des capsules de térébenthine. Cepen-

(1) Potain. — *Bull. soc. anat.*, 1864, p. 60.

dant, les urines restèrent colorées, contenant du sang en quantité plus ou moins grande par intervalle, ce n'était qu'exceptionnellement que les urines étaient tout à fait claires. Depuis quelques mois, il pisse du sang pur, et de plus en plus dans les intervalles les urines sont teintées, mais jamais claires. Depuis le mois de septembre, le pissement de sang est continuel, avec recrudescences provoquées par la marche; les urines sont d'un rouge noir. En outre, le malade souffre en urinant à cause des caillots qui obstruent fréquemment le passage et sont rendus à l'état de rubans lombricoïdes; il souffre également au moment des dernières contractions de la vessie. Pas de douleurs de reins. Le malade est souvent constipé, et il a remarqué que le sang était plus abondant pendant ses accès de constipation.

A son entrée à l'hôpital, on le trouve très amaigri, extrêmement pâle, ses muqueuses sont décolorées et jaunâtres, il est très affaibli et peut à peine se tenir sur les jambes. Il a perdu l'appétit depuis quelques semaines. Pas de douleurs spontanées, pas d'œdème localisé, pas d'engorgement ganglionnaire ni dans les aines, ni dans les fosses iliaques. Mais les urines sont continuellement sanglantes et présentent une couleur uniforme de jus de cassis; elles laissent au fond du vase du sang en caillots, mais pas de pus. La quantité totale des urines ne dépasse guère un litre et demi dans les 24 heures. Lavages quotidiens de la vessie avec une solution de tannin au centième. Toniques, quinquina, etc.

12 *novembre*. Depuis les lavages, les urines contiennent un peu moins de sang, mais sont toujours très colorées. Bronchite. — Les lavages sont continués jusqu'au 1er *décembre*; les urines sont moins teintes, mais le malade souffre un peu en urinant, et on supprime le traitement local; néanmoins, les jours suivants, le sang n'augmente pas; mais le malade continue à s'affaiblir et ne peut plus se lever; il est très pâle, mais ne présente point la teinte cireuse, il offre l'aspect de l'anémie et non de la cachexie cancéreuse.

20 *décembre*. Sans qu'on puisse déterminer sous quelle influence, on trouve les urines absolument limpides, sans trace de sang.

22 *décembre*. L'urine est toujours claire et de quantité normale, le malade semble se remonter un peu; on pratique plus complètement qu'on n'avait pu le faire l'examen des organes; le toucher rectal combiné avec le palper abdominal ne fait reconnaître l'existence d'aucune tumeur ni

tuméfaction; la vessie est peu sensible; la prostate est peu volumineuse, souple, sans bosselures. Le cathétérisme avec la sonde métallique ne permet de constater aucune induration ni aucune inégalité, et ne provoque pas de saignement; pas de douleur ni de tuméfaction au niveau des reins.

6 *janvier*. L'hématurie ne s'est pas reproduite, mais l'état général est toujours aussi grave, l'amaigrissement fait encore des progrès; le malade n'a plus d'appétit et ne prend à peu près aucune nourriture, il ne prend qu'un peu de tisane et de vin; depuis deux jours, il a de la diarrhée. En outre, il se plaint d'une douleur spontanée au périnée et on trouve à la racine des bourses, un peu à gauche de la ligne médiane, une tuméfaction douloureuse du volume d'une noisette (bismuth et laudanum, cataplasmes).

10 *janvier*. Le malade montre qu'il se fait par l'urèthre un écoulement de pus assez abondant en dehors de la miction, les urines restant toujours claires. La tuméfaction du périnée s'est ramollie et est devenue moins douloureuse. Agravation de l'état général, diarrhée incoercible.

17 *janvier*. Le malade est très affaibli, presque aphone, ses ligaments ont pris une teinte d'un blanc mat remarquable, la diarrhée persiste quoiqu'un peu moins forte; anorexie complète, il ne prend plus que de l'eau vineuse et a tous les jours un ou deux vomissements muqueux: pas de fièvre, pas de douleurs, dépérissement graduel. L'écoulement uréthral persiste et la tumeur périnéale reste dans le même état.

20 *janvier*. Mort à 11 heures du matin.

Autopsie. — Rien à noter dans l'*encéphale*.

Les deux *poumons* sont dans un état d'intégrité remarquable, il n'existe qu'une adhérence pleurale très mince au sommet du poumon gauche.

Le *cœur* est petit et mou, sans lésions valvulaires: quelques taches laiteuses sur les deux faces du péricarde.

Rien de particulier dans la cavité abdominale.

Les deux *reins* sont petits, ils présentent une surface granuleuse et de petits kystes surperficiels, surtout nombreux sur le rein gauche, et l'aspect général du petit rein sénile. Les uretères, les bassinets et les calices sont normaux. Les deux artères rénales sont athéromateuses et forment des canaux calcaires, tandis qu'on ne remarque que deux petites plaques d'athérome dans la crosse de l'aorte.

Vessie. Tout le trigone et le bas-fond sont fortement

injectés; on y voit un grand nombre d'arborisations vasculaires offrant une coloration bleuâtre; au niveau de la demi-circonférence inférieure du col, on voit 7 ou 8 vaisseaux rectilignes et parallèles se dirigeant d'avant en arrière; quelques-uns de ces vaisseaux ont bien un millimètre de diamètre.

La ligne qui réunit les embouchures des uretères est extrêmement saillante, sous forme d'un pli arrondi à contours réguliers et offrant à chaque extrémité, c'est-à-dire à l'embouchure de chaque uretère, un renflement mou et fongueux de la grosseur d'une aveline (celui de gauche est un peu plus volumineux que celui de droite). Environ à deux centimètres en dehors de l'uretère gauche, on trouve encore une petite saillie du volume d'une petite noisette, du même aspect fongueux et de couleur rose. Au niveau du milieu de la limite postérieure du trigone, on trouve encore une saillie lenticulaire d'aspect un peu plus jaunâtre, et enfin sur la partie inférieure du col, au milieu des arborisations vasculaires,une autre saillie jaunâtre du volume d'un pois. Lorsque la pièce est exposée à l'air, toutes ces saillies sont peu appréciables; elles pourraient même passer inaperçues pour un observateur non prévenu; mais, lorsqu'on les examine dans l'eau, on les voit augmenter de volume et on constate nettement qu'elles sont constituées par des papilles plus ou moins longues.

En arrière du bulbe, on trouve un abcès du volume d'un petit œuf de pigeon traversé par des brides, et s'ouvrant dans l'urèthre non pas au niveau du bulbe, mais plus en avant, à 12 centimètres du méat, où on apercoit sur la paroi inférieure du canal un petit orifice arrondi de deux millimètres de diamètre par où sort le pus, après un trajet sous-muqueux de deux centimètres environ. — Pas de ganglions engorgés.

A l'examen microscopique, on voit que les fongosités sont constituées par des papilles allongées,dont quelques-unes sont bifurquées ou trifurquées, terminées par une extrémité arrondie. quelquefois un peu renflée en massue. Chaque villosité est composée d'un vaisseau central, à paroi embryonnaire,terminé en cul-de-sac et de 4 ou 5 couches de cellules rondes ou ovalaires, généralement petites; à la base des fongosités, à la racine des papilles, elles constituent une masse qui présente une grande analogie avec le sarcome. Dans certains points où la muqusе a été coupée obliquement à la base des papilles, on voit des espaces, plus ou moins arrondis, remplis de ces cellules qui se détachent par masses. Au-dessous des fongosités,

la muqueuse est parcourue par des vaisseaux qui présentent un calibre au moins double de ceux des régions saines, et cette dilatation vasculaire dépasse les limites de la production pathologique. Le tissu sous-muqueux est intact.

Les filaments qui constituent les tumeurs papillaires offrent des aspects divers; quelquefois, les papilles sont bifurquées ou trifurquées et ont quelque ressemblance avec les villosités du chorion ; d'autres fois, elles sont simples, et comme on en trouve assez souvent d'isolées au voisinage de la tumeur, on a pu croire, comme Andral (1), qu'il s'agissait de villosités hypertrophiées; mais, on sait qu'il n'existe point à l'état normal de villosités dans la muqueuse vésicale. Quelquefois, les papilles s'agglomèrent en petit nombre pour former de petites élévations roses qui font ressembler la muqueuse vésicale à la muqueuse linguale dans la scarlatine. Chaque papille est formée par un vaisseau sanguin très large, à parois minces, embryonnaires, faciles à déchirer, qui occupe le centre et se termine au sommet de la papille, après s'être bifurqué ou trifurqué comme elle, soit par une anse de même calibre, soit par une anse plus ou moins dilatée et variqueuse (Rindfleisch), soit encore par une dilatation ampullaire (2). Le vaisseau est recouvert par un revêtement épithélial de trois ou quatre couches de cellules de formes variables, mais généralement arrondies, ovalaires ou polygonales; quelquefois même les couches de cellules sont plus nombreuses, de sorte que, malgré les dimensions considérables des vaisseaux sous-jacents, la tumeur a une coloration plutôt rose que rouge. L'épithélium, d'après Rindfleisch, serait directement appliqué contre le vaisseau, et il ne saurait être question d'un corps conjonctif proprement dit de la villosité. Förster, au contraire, a reconnu l'existence d'une trame conjonctive, et Cornil et Ranvier disent que l'épithélium repose sur le tissu cellulo-vasculaire. Un point encore important à noter est la facilité avec laquelle cet

---

(1) Andral. — *Précis d'anat. path.*, t. II, 2ᵉ partie, p. 648.

(2) Förster. — *Lehrbuch der pathologischen anat.*, Iéna, 1873, page 480.

épithélium se détache au moindre frôlement et même spontanément, ou sous l'influence de l'augmentation de pression vasculaire ou de la déplétion de la vessie, ce qui explique la facilité avec laquelle les hémorrhagies se produisent quelquefois à la fin de la miction.

Tandis que Cornil et Ranvier pensent que le tissu conjonctif sous-muqueux reste ordinairement intact, Rindfleisch dit, au contraire, qu'il est bien constaté que le papillôme peut se transformer en épithéliome et que les végétations papillaires se compliquent secondairement d'épithéliome qui se développe sur les bords ou sur le fond de la production primitive.

Disons encore que le papillôme peut, comme les autres tumeurs, déterminer par sa présence un certain degré de catarrhe vésical et, par conséquent, se trouver ensablé par une boue calcaire et des graviers phosphatiques de divers volumes. D'autres fois, on trouve avec la tumeur vésicale un véritable calcul qui constitue une complication dangereuse sur laquelle nous reviendrons.

Mais, en dehors de cette complication, les *lésions de la vessie* qui accompagnent toutes les tumeurs que nous venons d'étudier méritent d'être considérées. La muqueuse vésicale présente ordinairement, dès la première période, des modifications de coloration, soit au-dessus de la tumeur, s'il s'agit d'un néoplasme primitivement sous-muqueux, soit autour de son insertion ; on y voit des arborisations vasculaires plus ou moins développées qui concourent pour leur part à la production des hémorrhagies; puis, peu à peu, elle s'enflamme chroniquement et prend une teinte qui passe par le rose, le rouge plus ou moins sombre, et enfin présente une couleur lie de vin ou gris ardoisé interrompue par les dilatations vasculaires qui peuvent prendre, comme l'avait déjà noté Portal (1), une apparence variqueuse (Bernadet (2), etc.). Sur certains points, l'épithélium se desquame

(1) Portal. — *Cours d'anatomie médicale*, 1803, t. V, p. 410.
(2) Bernadet. — *Bull. soc. anal.*, 1862, p. 200.

par lambeaux, quelquefois assez larges pour former des pseudo-membranes, et au-dessous la muqueuse hyperhémiée prend un aspect spongieux.

Au début, la capacité de la vessie n'a subi aucune modification; plus tard, elle varie suivant la situation et le volume de la tumeur. Lorsque celle-ci est située au voisinage de l'orifice uréthral ou qu'elle est assez volumineuse pour venir l'obturer, le cours de l'urine est gêné, la vessie peut subir une dilatation plus ou moins considérable; lorsque, au contraire, la tumeur détermine un certain degré d'irritation, la vessie prend l'habitude de se contracter fréquemment et violemment pour chasser l'urine à mesure qu'elle arrive, et sa cavité vient à s'effacer à tel point qu'elle ne peut quelquefois plus contenir que quelques cuillerées de liquide. Il est exceptionnel qu'une incontinence vraie produise le même résultat; mais, tout compte fait, la rétraction est beaucoup plus fréquente que la distension. C'est de la distension ou de la rétraction que dépend l'état de la tunique musculaire qui est soit épaissie, soit tiraillée et amincie dans les cas de rétention prolongée d'urine, et qui est au contraire toujours épaissie lorsque la vessie se contracte pour ainsi dire à vide depuis longtemps. La paroi vésicale peut acquérir, dans ces derniers cas, une épaisseur de un centimètre et plus, et il y a non seulement tassement et hypertrophie des faisceaux musculaires, mais il peut arriver qu'il se produise, sur une région limitée correspondant à la tumeur, des fibres nouvelles qui constituent une tumeur mixte, analogue au myocarcinôme de Virchow.

La cavité vésicale, plus ou moins déformée par la tumeur, peut ne contenir que quelques grammes d'urine purulente; quelquefois, on la trouve remplie de sang; ce peut être du sang pur, il s'est alors le plus souvent pris en caillot; mais on peut trouver à la fois des caillots et du sang liquide plus ou moins dilué (Goddyn (1), Murchison (2), etc.); d'autres fois, le sang est mélangé totale-

(1) Goddyn. — *Gazz. med. ital. lomb.*, n° 22, 1878.
(2) Murchison. — *Trans. of the path. soc. of London*, 1869, t. XXI, p. 241.

ment à l'urine et constitue un liquide de la couleur et de la consistance du raisiné ou d'un sirop de groseille plus ou moins foncé. Enfin, surtout lorsqu'il s'agit d'une tumeur cérébriforme ulcérée, on peut trouver la vessie remplie d'une sanie purulente infecte renfermant des lambeaux sphacélés de la tumeur, des caillots sanguins plus ou moins altérés, de l'urine purulente et de la boue phosphatique, avec des graviers de différentes grosseurs.

Au-dessous des tumeurs qui ont envahi toute l'épaisseur de la paroi et à leur voisinage, on trouve souvent le *tissu cellulaire péri-vésical* épaissi et plus ou moins induré. Lorsque la tumeur s'est ramollie et ulcérée, l'épanchement de déliquium dans le tissu cellulaire peut provoquer des abcès qui, quelquefois, ne font que marquer un stade de la formation des fistules intestinales; Hawkins (1) a signalé un abcès de ce genre qui faisait saillie sous la paroi abdominale. L'envahissement consécutif du tissu cellulaire du petit bassin et la compression des vaisseaux iliaques et des branches antérieures des paires sacrées sont à peu près propres aux tumeurs d'origine prostatique; Crous y Casellas (2) signale pourtant un fait où la sciatique rebelle aurait été, pendant longtemps, le principal symptôme d'un cancer vésical; mais l'autopsie n'a pas été faite, et la discussion du diagnostic est loin d'entraîner la conviction, il n'est pas même prouvé qu'il y eût une tumeur, puisque la moitié des consultants ne la trouvaient pas.

Le *péritoine* aussi peut être atteint et montrer des groupes de tubercules cancéreux au voisinage de la tumeur, ou encore être plus ou moins altéré et même perforé à la période de ramollissement du cancer (3), et il peut s'ensuivre une péritonite suraiguë (4). Mais, le plus souvent, la péritonite subaiguë par propagation, qui existe toujours à un certain degré, détermine des adhé-

(1) Hawkins. — *Med. Times and Gaz.*, 1857, p. 88.

(2) Crous y Casellas. — *Revista de ciencias medicas*, Barcelona, 1878, p. 445.

(3) Caudmont. — *Bull. soc. anat.*, 1850, p. 206.

(4) Gœtz. — *Bull. soc. anat.*, 1875, p. 688.

rences avec les organes du petit bassin et des perforations dans des loges séparées de la cavité du péritoine, comme dans l'observation suivante :

Observation V. — *Néoplasme de la vessie. Hypertrophie de la prostate. Néphrite interstitielle chronique.* — Le nommé Guillet François, âgé de 75 ans, domestique. Entré le 17 mars 1879, salle Saint-Vincent, n° 15, à l'hôpital Necker.

Il y a cinq ans environ, ce malade a eu des hématuries; il y avait beaucoup de sang dans les urines, avec des caillots noirâtres; ces hématuries ont été très fréquentes pendant plusieurs années. Alors, il n'y avait pas d'affaiblissement; l'état général restait bon; pas de douleurs; les mictions étaient seulement un peu plus fréquentes. Puis, les urines sont devenues troubles, le sang apparaissant de temps à autre. Mais, c'est depuis trois mois seulement que l'état du malade s'est aggravé; jusque-là, les forces s'étaient bien conservées; le malade se sondait de temps en temps et se faisait des injections avec de l'eau bi-carbonatée. Il y a trois mois, les douleurs ont apparu; il n'a jamais eu de douleurs vives en dehors de la miction, mais le passage de l'urine détermine aujourd'hui des cuissons très vives, surtout vers la fin de la miction. Les besoins d'uriner sont devenus très fréquents, tous les quarts d'heure pendant la nuit, un peu moins souvent pendant le jour, toutes les heures environ. La moindre fatigue détermine des douleurs plus vives et des besoins plus fréquents. Il n'y a pas de polyurie manifeste ; le malade urine 2 litres 1|2 dans 24 heures, mais il a bu 2 pots de tisane. Les phénomènes généraux sont moins marqués depuis qu'il a pu se reposer à l'hôpital. Les urines sont brunâtres, à dépôt purulent, contenant comme des brides de tissu cellulaire; elles sont excessivement fétides (odeur de macération). Un peu de fièvre le soir; le malade avait hier soir 38°,4. Amaigrissement rapide. les fonctions digestives sont languissantes; pas d'appétit; constipation opiniâtre; soif vive. De plus, depuis 6 semaines environ, il y a de l'anasarque; d'après le malade, l'œdème aurait commencé par les malléoles; pas d'ascite; le cœur est légèrement hypertrophié, peut-être un léger bruit de galop; il a eu quelques douleurs lombaires; pas de troubles de la vue; les artères sont très dures, très flexueuses, très athéromateuses; l'anasarque a bien diminué depuis son entrée à l'hôpital. Jusqu'ici pas de traitement.

A l'examen, on constate que la vessie se vide mal; la

pression sur le ventre est pénible, particulièrement à gauche; le cathétérisme se fait assez facilement. On constate, au toucher rectal combiné avec le palper abdominal, que la vessie présente des noyaux volumineux ; il s'agit ici évidemment d'un néoplasme. On constate, de plus, des noyaux d'induration du tissu cellulaire qui forment sur la paroi antérieure de l'abdomen comme un second pubis ; il y a là comme de la péri-cystite. La prostate est très volumineuse.

31 *mars*. Potion acide borique.

10 *avril*. Urines rouge-noirâtres; elles sont moins abondantes (2 litres).

12 *avril*. Les urines sont plus claires et ne renferment plus de sang; elles sont bien moins abondantes, 1 litre seulement. Mais la faiblesse augmente; vertiges, étourdissements, pertes d'appétit.

21 *avril*. Les urines sont fortement alcalines; elles contiennent des globules de pus en quantité assez notable, de très nombreuses granulations de mucine rassemblées, quelques vibrions et bactéries peu vivaces; les cellules épithéliales de la vessie y sont rares, et on n'y trouve pas d'éléments rappelant le néoplasme vésical. L'acide acétique ajouté à la préparation semble donner de la vivacité aux vibrions et aux bactéries qui se meuvent avec plus de rapidité.

27 *avril*. Le malade s'est affaibli progressivement après s'être plaint pendant ces derniers jours de perte d'appétit, de faiblesse très grande. La pâleur est considérable, la coloration des téguments absolue, la peau sèche et terreuse; la face est légèrement bouffie; un peu d'œdème des malléoles; la langue est pâle mais non saburrale; pas de diarrhée; les douleurs à la miction étaient toujours vives; les urines étaient toujours fortement alcalines, répandaient une odeur infecte de macération et étaient colorées en brun par le pus et le sang décomposés.

Le malade est mort à 2 heures du matin dans le collapsus et très affaibli, sans convulsions, sans ces troubles qu'on observe dans l'urémie.

Autopsie.—Les *reins* sont un peu volumineux, plus qu'à l'état normal.

Consistance assez ferme du *rein gauche*, teinte rosée; la capsule se détache assez difficilement, surtout dans certains points. A la surface, on distingue quelques kystes de volume variable. A la coupe, dilatation très nette du bassinet et surtout des calices. La substance rénale a 2 centi-

mètres d'épaisseur, dont un demi-centimètre seulement pour la substance corticale qui, même dans certains points, n'a que 2 ou 3 millim. d'épaisseur. La muqueuse du bassinet et des calices est très peu injectée. Poids, 170 gr. L'artère rénale est béante à la coupe et striée transversalement. L'*uretère* est à peine dilaté; il a environ 1 centimètre 1/2 de circonférence ; les parois sont saines.

Le *rein droit* présente les mêmes altérations, mais sa dilatation est plus uniforme; la substance corticale et les colonnes de Bertin ont une teinte jaunâtre. Le rein est dans son ensemble plus congestionné. Poids, 160 gr.

Adhérences de l'épiploon à la *vessie*; le péritoine recouvre la vessie; autour de celle-ci, un foyer de péritonite circonscrite, datant de quelque temps, reliant les masses intestinales entre elles et aussi à la vessie. Après avoir écarté et déchiré les adhérences des intestins à la vessie, on voit que celle-ci s'est ouverte dans le péritoine, au milieu de ces adhérences, et, par l'ouverture, on constate des végétations qui sont dans la vessie. Celle-ci est appliquée contre les parties postérieures du pubis auxquelles elle adhère d'une façon très intime. Quoique ne contenant pas d'urine, elle a le volume d'un œuf d'autruche; il se détache de son intérieur des masses végétantes de néoplasme. On sectionne l'urèthre et la vessie sur la face antérieure, d'avant en arriere. Aucune altération de l'urèthre. La vessie n'est pas altérée au niveau de son bas-fond et de la face postérieure; ses portions altérées sont les parois supérieure et antérieure. Les embouchures des uretères sont libres. Au niveau de la prostate, existe une seule petite végétation en arrière de l'utricule. Dans les points altérés, les parois ont 5 centimètres d'épaisseur; le néoplasme vient proéminer dans la cavité sous forme de houppes, de végétations en choux-fleurs plus ou moins pédiculés ; la coupe est d'un blanc laiteux, rosée par places, comme celle d'un cancer encéphaloïde, et ressemble très bien à la pulpe cérébrale légèrement ramollie.

Rate : petite, indurée.

Hypertrophie du ventricule gauche du *cœur*; les parois du ventricule ont 2 centimètres d'épaisseur; valvules suffisantes présentant quelques épaississements; cavité à peu près normale ou peu augmentée. Rien au cœur droit. Poids du cœur, 425 gr. — Aorte large, dilatée; pas d'altérations sur sa première portion, ni au niveau des artères rénales.

C'est par l'intermédiaire des adhérences péritonéales que le cancer peut se propager à l'*intestin*; et il peut

s'ensuivre consécutivement des perforations établissant une communication avec le tube digestif, soit par l'S iliaque du côlon, comme dans les cas de Lenepveu, de Figuière, de Rayer (1), soit avec le côlon transverse, comme dans un cas de Tardieu, où il y avait une autre communication avec le rectum (2) ; dans deux autres cas de Worthington (3) et de Morgan (4), la communication avait lieu avec l'iléon. Bonet (5) avait déjà signalé la possibilité de la propagation au *rectum* ; mais l'extension du cancer de la vessie au rectum paraît encore plus rare que la propagation en sens inverse, et les quelques observations dans lesquelles on trouve les deux organes affectés ne sont pas toujours faciles à interpréter. Dans un cas de Bonet, les symptômes vésicaux paraissent bien s'être manifestés les premiers; nous avons déjà cité le cas de Nunn, où la dégénérescence paraît aussi avoir débuté par la vessie ; le fait de Horn cité par Rayer manque malheureusement de détails ; enfin, Ciniselli (6) décrit un cancer médullaire de la vessie avec induration du rectum et de la partie inférieure du côlon qui semble bien aussi avoir débuté par la vessie. Il peut arriver que toutes les tuniques du rectum soient atteintes, sauf la muqueuse (7) ; mais, le plus souvent, elle n'est même pas intacte et il existe une fistule qui occupe ordinairement la partie supérieure du rectum.

Chez la femme, le cancer du trigone peut se propager à la paroi antérieure du *vagin* et en amener l'ulcération et la perforation ; cette propagation est très rare et on a pu se demander si elle ne s'était point faite en sens inverse, si le cancer vésical n'était point consécutif à un cancer primitif du vagin. Notre collègue Launois nous a

---

(1) Rayer. — *Atlas du Traité des mal. des reins*, pl. LX.
(2) Tardieu. — *Bull. Soc. anat.*, 1840, p. 364.
(3) Worthington. — *The Lancet*, 1844, t. I, p. 488.
(4) Morgan. — *British med. jour.*, 1865, t. I, p. 46.
(5) Bonet. — *Sepulchretum*, pages 1268, 1294.
(6) Ciniselli. — *Sopra il Gabinetto anatomo-patologico esistente nello spidale maggiore di Cremona*, in *Annali universali di medicina*, 1869, t. CCX, p. 63.
(7) *Trans. of the path. Soc. of London*, 1882, t. XIII, p. 157.

montré récemment, à l'hôpital Laënnec, une pièce provenant du service de M. Nicaise et sur laquelle on n'a pu avoir que peu de renseignements cliniques, où des lésions très avancées et très étendues de la vessie coïncidaient avec une lésion limitée du vagin, qui ne peut guère être que consécutive.

Enfin, il peut arriver que la dégénérescence ait envahi à la fois l'*urèthre*, le tissu cellulaire de la cavité pelvienne, les vésicules séminales, le rectum et même les *os* ; ou, sans avoir eu le temps d'attaquer le squelette dans sa structure, la tumeur a provoqué des adhérences avec les parois du bassin; on a observé plusieurs fois des adhérences avec la symphyse pubienne, notamment dans un fait de Holt (1). Dans un autre fait de Barbié du Bocage (2), la dégénérescence avait envahi presque toute la partie antérieure du pelvis et les organes contenus; mais, quelle que soit l'opinion de l'auteur, il serait peut être possible de discuter sur le point de départ de la lésion. Dans le fait suivant, dont le sujet souffrait depuis longtemps de troubles vésicaux, on trouve, avec un cancer de la vessie, une dégénérescence du tissu cellulaire du petit bassin pris en une seule masse et une infiltration cancéreuse, non plus de la paroi antérieure du bassin, mais du promontoire et des corps vertébraux de la région lombaire.

Observation VI. — *Cancer de la Vessie.* — Le nommé Paul, Aimé-Hippolyte, âgé de 66 ans, entré, le 9 juin 1874, salle St-Vincent, n° 9, à l'Hôpital Necker.

Ce malade était venu à différentes reprises dans le service depuis une dizaine années. En présence de son état cachectique, de ses hématuries et surtout de la fétidité de ses urines, M. Guyon porta le diagnostic : cancer de la vessie. Ses urines, en effet, avaient l'odeur de macération anatomique ; M. Guyon insista sur ce symptôme pathognomonique pour lui du cancer vésical.

---

(1) Holt. — *Trans. of the path. Soc. of London*, 1854, t. V. p. 201.
(2) Barbié du Bocage. — *Bull. Soc. anat.*, 1828, p. 172.

Dans les derniers temps de sa vie, le malade avait des douleurs atroces dans l'hypogastre ; les injections de morphine le soulageaient momentanément. Mort le 20 *octobre*,

Autopsie, le 21 octobre.— Tout le tissu cellulaire du petit bassin a subi la dégénérescence cancéreuse ; les divers organes qu'il renferme sont en une seule masse ; on est obligé de les sculpter en quelque sorte pour pouvoir les détacher. — Le promontoire de la partie antérieure des corps vertébraux et la région lombaire sont ramollis et infiltrés de substance cancéreuse.

La *vessie* est très épaisse, surtout à sa partie antérieure ; incisée sur la ligne médiane à ce niveau, elle présente une épaisseur de 4 centimètres au moins, épaisseur qui diminue peu à peu à mesure qu'on remonte vers le sommet de l'organe. La paroi postérieure et le bas-fond ne sont pas très épaissis. La prostate, quoique assez volumineuse, ne fait pas saillie en avant. La muqueuse a un aspect élevé, elle est blanchâtre, grise en certains points. De nombreuses granulations, d'une teinte plus pâle, soulèvent la muqueuse du bas-fond et de la partie latérale gauche ; il en existe aussi sur la paroi postérieure et du côté droit, mais en bien moins grand nombre. On n'y voit point ces masses fongueuses, végétantes, que l'on trouve d'habitude ; on a plutôt affaire à un cancer infiltré des parois vésicales.

Les *uretères* ne sont pas dilatés : ils sont entourés de nombreux ganglions et de tissu cellulaire induré qui leur donne un aspect moniliforme.

Le *rein* gauche, très atrophié, est ramolli et friable au plus haut degré ; les bassinets et les calices sont dilatés ; la couche corticale est réduite à une mince coque. On y trouve quelques granulations analogues à celles de la vessie. Le *rein* droit, beaucoup plus gros, présente des lésions tout à fait analogues. — Rien dans les autres organes.

Un fait intéressant et très remarquable de l'histoire du cancer de la vessie, c'est l'absence très fréquente de lésions des *ganglions lymphatiques;* on trouve à peine une dizaine de cas dans lesquels leur engorgement est signalé; on aurait observé la dégénérescence des ganglions lombaires (Ranking (1), etc.), des ganglions mésentériques (2) et des ganglions cruraux; mais ces der-

(1) Ranking. — *British med. journ.*, 1863, t. II, p. 209.
(2) *Trans. of the path. Soc. of London*, 1853, t. V. p. 196.

nières dégénérescences ne se produisent guère que lorsque la lésion n'est pas exactement limitée à la vessie. Cette rareté des lésions ganglionnaires doit-elle être mise en rapport avec l'opinion de M. Sappey sur les lymphatiques de la vessie ? La durée de l'évolution de la maladie donnerait largement le temps aux dégénérescences de se produire.

Cruveilhier (1), dans un cas de cancer secondaire, a vu les veines qui entouraient le bas-fond de la vessie, gorgées de suc cancéreux ; mais nous n'avons rencontré ce détail dans aucun cas de cancer primitif.

Mais, les lésions concomitantes ou plutôt conséquentes du cancer de la vessie, les plus importantes sont, sans contredit, les lésions des reins et de leur canal excréteur. Ces lésions sont en effet très fréquentes, et elles jouent un rôle très considérable dans la marche de la maladie ; elles sont provoquées soit par la gêne de l'excrétion urinaire, soit par la propagation de l'inflammation chronique de la vessie. Les lésions des *uretères* les mieux connues sont déterminées par un obstacle à l'excrétion de l'urine, soit à l'orifice uréthral de la vessie, soit à l'orifice vésical de l'uretère. Le col de la vessie peut être obstrué par une tumeur du bas-fond, qui s'applique contre lui pendant l'effort de la mixtion, d'où résulte une rétention plus ou moins complète de l'urine, une distension avec inflammation consécutive de la vessie, et enfin une rétro-dilatation des uretères. D'autre part, et c'est un accident qui a été signalé dès longtemps (2), les uretères peuvent être oblitérés à leur orifice terminal, soit par l'épaississement et l'induration de la paroi vésicale dégénérée à ce niveau, soit par la pression d'une tumeur volumineuse qui s'applique sur leur orifice, soit encore par la présence, dans leur orifice même, de petites tumeurs papillaires ou de bourgeons cancéreux, et il en résulte encore une dilatation consécutive de l'uretère par un procédé plus direct. L'uretère peut traverser une

(1) Cruveilhier. — *Anat. path. du corps humain* ; liv. 23. p. 4.
(2) Fr. Sylvius de Le Boë. — *Opera omnia*. Amsterdam, 1679. Cap. LVI, V., p. 331.

masse cancéreuse d'une grande étendue sans être très profondément ; nous avons observé un cas de cancer de l'utérus dans lequel l'uretère gauche était compris dans le néoplasme dans une étendue de plus de six centimètres ; et des coupes faites à différentes hauteurs montraient qu'il n'y avait que la partie la plus externe de la couche musculaire qui fût infiltrée. Le degré et la forme de la dilatation sont très variables ; quelquefois, l'uretère uniformément dilaté et à peu près rectiligne a seulement le volume du petit doigt ; d'autres fois, il acquiert le volume du pouce ou même d'un intestin grêle et présente des inflexions plus ou moins nombreuses, des irrégularités de calibre dues à l'inégalité d'épaisseur des couches musculaires trahies encore par l'existence à la face interne de rétrécissements annulaires, ou d'espèces de colonnes. Lorsque, comme cela arrive d'ordinaire, la dilatation coïncide avec un amincissement considérable des parois, ces dernières deviennent translucides et offrent une coloration opaline. Lorsque les lésions de l'uretère dépendent, non plus de la stase urineuse mais d'une propagation inflammatoire, ses parois sont plus ou moins épaissies et présentent à la coupe un aspect lardacé, sans élargissement appréciable de son calibre ; mais, on trouve quelquefois, sous l'influence de conditions pathogéniques complexes, l'épaississement et l'élargissement combinés. Dans le cas de distension simple, on trouve l'uretère rempli d'un liquide clair, bien étudié par MM. Raymond et Regnard et qui ne présente plus les propriétés de l'urine (1).

Les lésions des *reins* varient également suivant la part que l'agent mécanique ou le processus inflammatoire ont pris à sa production. Dans les cas de stase urinaire, non seulement l'uretère mais le bassinet et les calices sont le siège d'une rétro-dilatation formant une tumeur extra-rénale qui peut atteindre un volume considérable et qui constitue l'hydronéphrose ; la substance rénale se trouve déformée et aplatie quelquefois à tel point que l'organe est transformé en une vaste poche multiloculaire, et son tissu présente les altérations de la sclérose

---

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1875.

simple ou de la sclérose compliquée de néphrite suppurative, suivant les cas. Lorsque la rétention, même partielle, a duré longtemps, l'uretère et le bassinet, au lieu de contenir le liquide clair dont nous avons parlé, sont distendus par un liquide plus ou moins purulent, dont les éléments nouveaux sont fournis par leurs parois enflammées ; et la présence du pus peut faire déposer les sels calcaires contenus dans l'urine et déterminer la formation de calculs phosphatiques, comme le montrent les cas de Horn (1) et de Civiale (2), etc. L'inflammation suppurative peut se propager par les tubes rénaux et il se produit une néphrite suppurative à foyers multiples qui se greffe sur la néphrite interstitielle; le parenchyme rénal, et surtout la substance corticale, présente une teinte jaunâtre au milieu de laquelle on distingue des points plus clairs, plus mous que le tissu environnant, du volume d'une lentille ; les portions jaunâtres sont constituées par la substance corticale et les colonnes de Bertin infiltrées de pus, et les points plus clairs sont des abcès miliaires (Bazy) (3). Ce sont sans doute ces lésions qui ont été prises quelquefois pour de la tuberculisation des reins coïncidant avec des lésions cancéreuses de la vessie (Wieland) (4), etc. La néphrite a souvent pour origine principale la propagation d'une inflammation vésicale : les lésions rénales peuvent encore offrir dans cette pyélo-néphrite ascendante (5) les caractères de la sclérose, mais, assez souvent, il se produit une néphrite suppurative qui commence ordinairement par la substance médullaire. Cependant, il peut arriver, comme l'a montré notre ami Bazy dans son excellente thèse, que, lorsque les lésions sont très avancées dans la substance corticale, qui peut même être farcie d'abcès, la substance médullaire soit simplement congestionnée, et n'offre pas la moindre trace de suppuration ; malgré

(1) Rayer. — *Mal. des reins*, t. I, p. 475.
(2) Civiale. — *Tr. de l'affection calculeuse*, 1838, p. 329.
(3) Bazy. — *Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires*, th. de Paris, 1880, p. 27.
(4) Wieland. — *Bull. Soc. anat.*, 1857, p. 139.
(5) Garcin. — *Arch. gén. de méd.*, 1879. — Malgouverné. Thèse de Paris, 1879.

les apparences, l'inflammation de la périphérie du rein est consécutive à celle des calices et du bassinet. Cette forme débuterait par une glomérulite scléreuse, autour de laquelle il se fait une extravasation de globules blancs. Notre ami Chambard a publié un fait de cancer de la vessie, dans lequel on trouve la néphrite interstitielle d'un côté et un rein suppuré de l'autre (1) : on peut donc trouver, sous l'influence d'une même cause, des lésions différentes ou à différents degrés.

Si le cancer de la vessie peut être le résultat de la *généralisation* cancéreuse, comme dans le cas de France, par exemple, il peut être aussi le point de départ de l'infection, comme le montrent les faits de Cruveilhier (2), où il existait une tumeur secondaire dans le foie, de Chouppe (3), où on en trouva dans le péritoine et la plèvre, de Holmes (4) qui observa une tumeur secondaire des membranes du cerveau, de Charlton Bastian (5), de C. Thompson (6), où on découvrit des dépôts mélanotiques dans le péritoine et la plèvre. Dans le cas que Byrom Bramwell (7) désigne sous le nom de cancer aigu et qui s'est terminé en cinq semaines, la maladie paraît aussi avoir eu son point de départ dans la vessie.

Civiale (8) a signalé chez la femme la coïncidence d'excroissances fongueuses du méat avec des tumeurs semblables de l'orifice vésical de l'urèthre, qu'il range parmi les fongus vésicaux; mais, ces tumeurs fongueuses de l'urèthre ont été distinguées depuis et nous paraissent tout à fait en dehors de notre cadre.

---

(1) Chambard. — *Bull. Soc. anat.*, 1876, p. 640.

(2) Cruveilhier. — *Gaz. des hôpitaux*, 1844, p. 211.

(3) Chouppe. — *Bull. soc. anat.*, 1872, p. 339.

(4) Holmes. — *Trans. of the path. soc. of London*, 1853, t. XIV, p. 181.

(5) Bastian. — *Trans. of the path. soc. of. London*, 1865, t. XVIII, p. 159.

(6) Thompson. — *The Dublin quarterly journ. of med. sc.*, 1860, t. XXIX, p. 338.

(7) Byrom Bramwell. — *The med. Times and Gaz.*, 1877, t. II, p. 669.

(8) Civiale. — *Tr. pratique des maladies des organes génito-urinaires*, 1860, 3e édit., t. III, p. 124.

Symptômes.

Il est rare que ces tumeurs n'aient déterminé aucun trouble pendant la vie et n'aient été découvertes qu'à l'autopsie (1); mais, dans plusieurs cas, la lésion paraît être restée à peu près silencieuse jusqu'à l'apparition des symptômes graves qui se sont rapidement terminés par la mort.

Certains malades ont éprouvé, à une date plus ou moins reculée, des troubles divers ; quelques-uns ont eu un peu de fréquence de la miction avec ou sans douleur, d'autres ont éprouvé la plupart des symptômes de la gravelle et ont même constaté la présence de graviers dans leur urine; il peut arriver même qu'ils ressentent à l'extrémité de la verge une sensation de chatouillement, de cuisson, de brûlure qui fait penser à la pierre; quelquefois encore, ils souffrent de temps en temps d'une sensation de pesanteur au périnée ou à l'hypogastre, etc. Ces phénomènes peu caractéristiques peuvent persister pendant un temps assez long, se suspendre momentanément ou s'aggraver progressivement. Quelquefois, l'apparition des symptômes d'irritation vésicale coïncide avec la cessation d'un flux hémorrhoïdal qui s'est produite quelque temps avant les premiers symptômes caractéristiques de la maladie, comme on le voit, par exemple, dans un cas de Foot (2). Lorsque ces phénomènes persistent et s'accentuent, ils finissent par constituer une véritable cystite symptomatique qui détermine tôt ou tard une pyélo-néphrite ascendante à terminaison fatale; mais, cette marche pour ainsi dire latente, puisqu'aucun des symptômes propres à la maladie n'a été découvert, est loin d'être fréquente, les troubles de la cystite, au lieu de jouer un rôle exclusif ou principal, ne viennent ordinairement qu'au second plan et consécutivement.

Les symptômes fondamentaux du cancer de la vessie sont l'hématurie, la rétention d'urine, les phénomènes

(1) Duplay. — *Gazette medicale de Paris*, 1849, p. 355.
(2) Foot. — *The Dublin journ. of med. sc.*, 1876, p. 341.

de compression, l'existence d'éléments cancéreux dans l'urine, d'une tumeur appartenant manifestement aux parois du réservoir urinaire, d'engorgements ganglionnaires dans le petit bassin, et, enfin, la cachexie cancéreuse. Mais ces symptômes sont loin de s'observer dans tous les cas, ils offrent une fréquence relative très variable ; nous avons cité l'engorgement ganglionnnaire et la cachexie parce que nous aurions pu paraître faire une omission en faisant l'histoire d'une affection cancéreuse, mais on ne les rencontre qu'exceptionnellement ; aussi étudierons-nous chacun de ces symptômes séparément, en tâchant d'attribuer à chacun l'importance qui lui appartient.

L'*hématurie* est le symptôme le plus fréquent ; il est exceptionnel qu'il manque tout à fait et il joue presque toujours un rôle prépondérant, au moins pendant la première période de la maladie ; ce peut être le premier qui frappe l'attention et ce peut être aussi le seul et dernier, car on l'a vu déterminer la mort très rapidement.

Il est bien certain que l'hématurie peut manquer complètement (1), cela est surtout bien prouvé par le fait de Ashhurst (2), dans lequel le cathétérisme n'a même pas provoqué le saignement, mais ce sont là des faits tout à fait exceptionnels. Il arrive plus souvent qu'elle n'arrive que très tard, presque à la fin de la maladie (3) ; une tumeur cancéreuse peut exister pendant longtemps dans la paroi vésicale, en ne produisant que des phénomènes d'irritation qui peuvent durer quatre ou cinq ans (4), et l'hémorrhagie ne survient que lorsqu'il s'est développé à la surface de la tumeur des villosités dont l'épithélium peu résistant se laisse facilement détacher pour laisser les vaisseaux à nu (5). Mais, le plus souvent, l'hématurie est précoce et surprend le malade en apparence en pleine santé.

(1) Bardinet. *Bull. soc. anat.*, 1839, t. XIV, p. 68. — Huë. *Bull. soc. anat.*, 1880.

(2) Ashhurst. — *Philadelphia med. Times*, 1872, t. II, p. 366

(3) Caudmont. — *Bull. soc. anat.*, 1850, p. 345.

(4) Bennet. — *On cancerous and cancroïd growths*. Edinburgh, 1869, p. 16.

(5) Virchow. — *Pathologie cellulaire.*, trad. Picard, 1861, p. 394.

La fréquence de l'hématurie du cancer de la vessie avait déjà été notée par quelques auteurs, qui avaient même étudié certains de ses caractères propres ; c'est ainsi que Laugier (1) indique bien, par exemple, qu'il s'agit d'un pissement de sang sans douleur. L'hématurie présente en effet presque toujours ce caractère, tant que la maladie ne s'est point compliquée de cystite ou qu'il ne s'est point accumulé de caillots dans la vessie. Le plus souvent, le malade ne s'aperçoit qu'il a pissé du sang que parce qu'il voit ses urines teintes ou que son linge est souillé ; mais il n'a rien senti de particulier dans la miction : un malade aura pissé du sang pendant la nuit et il ne s'en apercevra que le matin. Non seulement l'hématurie est indolente, mais, le plus souvent, elle est spontanée, et c'est une circonstance qui porte encore le malade à la considérer comme de peu d'importance. Elle se fait indépendamment de tout exercice, de tout effort; quelquefois, elle est plus abondante la nuit, pendant toute la durée de la maladie ou seulement à certaines époques, comme dans l'observation VII. On voit des sujets qui, après une longue marche ou un exercice violent, n'ont pas saigné et qui, quelques jours après, pissent du sang à leur réveil, après un repos prolongé ; mais on peut citer des exceptions à cette règle : dans l'observation VIII, par exemple, des hématuries provoquées par la fatigue ont dû être rattachées à l'existence de fongosités vésicales. Néanmoins, à part quelques cas irréguliers, on peut dire que l'hématurie du cancer de la vessie est généralement *spontanée* et *indolore* ; en outre, elle est ordinairement *durable* et *capricieuse*. Il est rare qu'une seule miction donne de l'urine sanglante ; il n'est point très fréquent non plus que l'hématurie ne dure qu'un jour ou deux ; ordinairement, elle persiste davantage, quelquefois plusieurs semaines (2), plusieurs mois même, les observations IX et X sont des exemples de cette persistance de l'hématurie. On a pu voir une hémorrhagie de 7 à 8 onces, répétée tous les jours, tuer un malade en trois semaines, sans aucun autre symptô-

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXX, p. 745.
(2) Siredey. — *Bull. soc. anat.*, 1859, p. 350.

me (1) ; dans l'observation XI, on ne trouve guère non plus que la persistance de l'hématurie.

Le plus souvent, le pissement de sang s'arrête tout à coup, sa terminaison est tout aussi inopinée que son début. Le malade avait rendu le matin en se levant une urine offrant l'aspect de sirop de groseilles, après avoir fait une course il peut pisser de l'urine limpide absolument normale. Certains malades tenus au lit par une hématurie prolongée de plusieurs semaines voient tout à coup leur urine redevenir claire, l'affaiblissement leur fait garder le repos, et cependant le lendemain l'hématurie se reproduit sans qu'il soit possible de trouver la raison ni de la suspension passagère, ni de la rechute ; les urines redeviennent sanguinolentes pendant plusieurs semaines, puis, le sang disparaît de nouveau tout à coup pour ne plus reparaître avant plusieurs mois, malgré des courses en montagne, des promenades à cheval, des chasses, etc. Ces hématuries méritent donc bien le nom de capricieuses. On a vu de ces rémissions de un an, de 15 mois chez des sujets qui étaient sujets à ces sortes d'hématuries depuis dix ou quinze ans ; M. Guyon (2) a observé une fois une rémission de trois ans.

Dans le cours de ces hématuries continues, la quantité du sang rendue dans les urines est variable non seulement pour chacune des mictions successives, non seulement pour le jour et pour la nuit, mais, dans une même miction, la quantité de sang est souvent différente au commencement et à la fin. Si on observe aux malades d'uriner chaque fois dans plusieurs verres, on constate ordinairement que le dernier verre est plus chargé que le premier et souvent dans une proportion considérable, la perte de sang est plus considérable à la fin de la miction qu'au commencement. Cette différence peut s'expliquer non seulement par la contraction de la vessie, mais surtout par la diminution de pression intra-vésicale qui favorise la rupture des vaisseaux mal protégés de la tumeur ; il y a là une exagération du phénomène

---

(1) Nunn. — *The Lancet*, 1849, t. I, p. 43.
(2) Communication écrite.

qu'on observe à la suite d'évacution rapide dans les cas de rétention d'urine considérable.

Observation VII. (Résumée.) — Le nommé Lagrange Barth., âgé de 63 ans, entra le 28 octobre 1875 à l'hôpital Necker (service de M. Guyon).

Il a un rétrécissement au niveau du bulbe, pour lequel on essaye la dilatation depuis 2 mois. On peut passer l'explorateur n° 8. Uréthrotomie interne le 15 novembre. Pas de fièvre après l'opération ni les jours suivants; il sort le 9 novembre, on passe le n° 18 de la filière Charrière. Il revient le 14 mars 1876, on passe le n° 16 tous les jours. Douleurs dans le périnée et dans le canal, un peu de pus dans les urines. Cystite. Il rentre à l'hôpital le 24 mai 1877. Les mêmes douleurs ont persisté depuis sa dernière visite et sont plus vives depuis 3 mois. Mictions plus fréquentes, douloureuses à la fois. Depuis 3 semaines, hématuries à toutes les mictions.

Etat actuel. Urine toutes les heures la nuit, moins fréquemment le jour. Douleur et cuisson vives à la fin de chaque miction ; ne souffre pas dans l'intervalle. Pas de douleurs en allant à la garde-robe; urines sanglantes, surtout à la *fin* de la miction ; quelques caillots. Les urines fortement colorées laissent déposer une abondante quantité de pus mélangé de sang.

25 *mai.* Les urines de la nuit étaient très chargées de sang et redevenaient, dans l'après-midi, normales.

26 *mai.* Ce matin, urines légèrement sanguinolentes avec dépôt muqueux.

29 *mai.* Depuis plusieurs jours, le malade témoigne que les urines de la journée sont presque normales, tandis que la nuit elles contiennent beaucoup plus de sang. Les mictions sont plus fréquentes la nuit.

31 *mai.* L'urine de la première partie de la miction donne un dépôt purulent avec stries brunes, celle de la seconde partie renferme plus de sang dans son dépôt.

2 *juin.* Toujours hématuries plus abondantes à la fin de la miction.

5 *juin.* Les urines sont teintes également au commencement et à la fin de la miction.

6 *juin.* A la suite d'une injection de nitrate d'argent, l'urine est plus teintée de sang.

21 *juin.* L'hématurie continue toujours, il y a des caillots.

28 *juin.* Dans la journée du 27, a rendu des urines encore très sanglantes ; depuis hier soir, les urines sont claires.

30 *juin*. Hématurie abondante, caillots. Le toucher rectal combiné avec le palper abdominal permet à M. Guyon de faire le diagnostic de la dégénérescence cancéreuse de la vessie.

Jusqu'au 6 *août*, l'hématurie a persisté continuellement en variant d'abondance. Quelquefois, des caillots ont déterminé des rétentions passagères.

28 *août*. A la suite d'injections avec l'acide salicylique, les urines ne contiennent plus de sang depuis 10 jours, mais elles sont d'un gris sale et contiennent du pus et des détritus en abondance; elles ont une odeur fétide.

Le malade s'affaiblit graduellement, mais il n'a plus rendu de sang jusqu'au moment où il quitte l'hôpital, le 9 *septembre*.

Observation VIII. (Résumée.) — Le nommé Guineur (Adolphe), âgé de 31 ans, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, le 25 juin 1873.

A commencé à pisser du sang il y a 6 mois, sans cause appréciable. Urine plus de sang quand il est plus fatigué. L'urine est plus rouge à la fin de la miction. Jusqu'au 7 août, il a pissé du sang en quantité variable, quelquefois en caillots; ce jour-là les urines sont claires. Le 9, le sang réapparaît. Le 23 août, les urines de la nuit sont à peine colorées, mais, lorsque le malade a fait quelques pas, l'urine revient tout à fait sanguinolente. A partir du 2 septembre, plus de sang dans les urines, les douleurs en urinant qui ne paraissent pas avoir jamais été bien intenses cessent complètement; le malade sort le 15 septembre.

Il rentre le 20 novembre 1877. Les hématuries se sont renouvelées dans l'intervalle avec les mêmes caractères, sans douleur, sauf un peu de cuisson à la fin de la miction; le repos les clame progressivement et non rapidement.

Depuis le mois dernier, les hématuries sont devenues plus fréquentes; elles n'ont lieu que très rarement la nuit et au repos. Pas de symptôme de cystite.

23 *novembre*. Le matin, les urines ne contiennent pas de trace de sang. Le repos au lit a ralenti les pertes sanguines.

A l'examen des poumons, sonorité exagérée sauf au sommet; râles sibilants dans les deux poumons. Crachats très aérés. Dyspnée par accès. Noyaux durs à la queue de l'épididyme; rien à la tête, rien au cordon.

Prostate. Peu indurée, sans bosselures, souple. — *Vésicule séminale droite :* Un peu dure, mais sans bosselures. — *Exploration du canal :* Canal libre, pas de rétrécissement.

Un peu de sécrétion prostatique. — *Exploration de la vessie* (sonde d'argent) : A droite, on sent un épaississement mou qui donne la sensation du velours. — Bains, capsules de térébenthine.

10 *décembre*. Le malade part pour Vincennes.

Observation IX. — Le nommé Goyen (Louis), âgé de 69 ans, reperceur. Entré le 27 septembre 1877, salle Saint-Vincent, n° 14, à Necker.

Antécédents. Le début des accidents remonte à la fin de 1876. Le malade qui, jusque-là, n'avait eu ni coliques néphrétiques, ni blennorrhagie, ni troubles d'aucune sorte du côté des voies génito-urinaires, se mit un jour à pisser du sang, sans en éprouver, d'ailleurs, aucune douleur. Depuis cette date, les urines ont *toujours* été colorées par le sang qui leur est intimement mélangé : tantôt elles sont tout à fait noires, tantôt seulement plus ou moins rougeâtres. De temps en temps, des caillots, parfois assez volumineux, sont rejetés avec l'urine par le canal, et l'émission de ces caillots est toujours précédé de difficulté de la miction et de douleurs assez violentes ; dans les intervalles, les mictions ne sont aucunement douloureuses, peut-être un peu plus fréquentes que normalement. Jamais il n'y a eu de rétention. Depuis que les hématuries ont commencé, le malade a senti ses forces diminuer : pâleur, amaigrissement, perte de l'appétit.

Etat actuel. Lorsqu'il entre à l'hôpital, le malade paraît, en effet, assez considérablement anémié : il mange à peine et paraît, en outre, très anxieux ; il présente un faciès d'une teinte jaune-paille caractéristique.

Il n'offre pas, du côté des voies urinaires, d'autres symptômes que ceux énumérés plus haut ; cependant, depuis quelques jours, la quantité de sang paraît avoir augmenté dans l'urine, et, de plus, il existe quelques douleurs au niveau du sein droit.

Exploration du canal. Canal libre. L'explorateur à boule n° 19 passe très facilement.

Exploration de la vessie. Le col n'est aucunement douloureux, non plus que le corps : vessie épaisse, à grosses colonnes. Cet examen ne détermine aucune hémorrhagie, et la sonde d'argent est retirée sans qu'une goutte de sang se soit écoulée. — *Le toucher rectal* combiné avec le palper abdominal ne donne aucun renseignement appréciable ; prostate un peu grosse.

Cet examen, pratiqué le 10 octobre, a été suivi d'un lé-

ger mouvement fébrile qui a persisté pendant quelques jours. Les urines ne sont pas plus sanglantes, mais elles sont très fortement alcalines et ont une odeur fétide et repoussante. Prescriptions : Tisane de bourgeons de sapins. Potion à l'eau de Rabel. Ventouses sur la région rénale droite.

20 *octobre*. La fièvre a cessé depuis plusieurs jours ; on pratique une seconde exploration de la vessie avec la sonde d'argent, et, cette fois, on constate à gauche et au fond la présence d'une petite masse du volume d'une noix, masse contre laquelle vient butter la sonde et qui fait rebondir cet instrument. Les données ainsi obtenues sont très nettes, et, d'après elles, on peut parfaitement dessiner la forme, le volume de la position du néoplasme. Pas de fièvre à la suite de ce second examen.

23 *octobre*. On commence des injections hypodermiques d'ergotine dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale. Une seringue de Pravaz par 24 heures. La solution d'ergotine est à 2/30, ce qui fait 10 centigrammes d'ergotine par 24 heures.

25 *octobre*. Les urines sont moins sanglantes, mais le malade est toujours sans force et mangeant à peine.

1er *novembre*. L'urine est très éclaircie, on continue les injections hypodermiques d'ergotine.

9 *novembre*. Le sang a reparu en grande abondance dans l'urine ; on fait deux injections par 24 heures, on les continue jusqu'au 1er *décembre*. A cette époque, le sang ayant de nouveau beaucoup diminué dans les urines, on cesse cette médication. Depuis ce moment. 1er *décembre*, jusqu'au jour de la mort survenue le 21 *décembre*. il n'y a rien de particulier à noter que l'affaiblissement rapide et progressif du malade. Les urines sont légèrement brunâtres, franchement ammoniacales et très fétides. Les mictions sont parfois difficiles, mais pas de phénomènes douloureux bien nets.

Autopsie pratiquée le 23 décembre (36 *heures après la mort*).— *Encéphale:* Adhérences nombreuses et résistantes de la dure-mère à la paroi osseuse.

Poumons : Un peu congestionnés, présentant une belle coloration indigo ; un peu de liquide dans les cavités pleurales ; pas d'adhérences. — *Cœur :* Volumineux, orifices sains, nombreux caillots, surtout dans le ventricule gauche.

Foie et rate : Rien à noter. — *Tube digestif.* Id. — *Prostate :* Un peu hypertrophiée, mais non bosselée.

Reins. Le gauche est absolument sain. Quant au droit, il

présente un volume presque double de celui de l'autre côté. A la coupe, on y voit un infarctus conique occupant la substance médullaire, petite collection purulente faisant saillie à la surface de la substance corticale. — *Uretères et urèthre :* Sains.

Vessie. Assez spacieuse, à parois épaisses et irrégulières : la muqueuse grisâtre est très inégale; elle est couverte de plis limitant un grand nombre de cavités aréolaires. Presque dans le bas-fond, à gauche, on trouve une tumeur du volume d'une grosse noix ; elle a assez exactement la forme d'un champignon et à la coupe elle semble de consistance assez dure. Cette tumeur cancéreuse, qui se dirige sur le col de la vessie, ne l'atteint cependant pas. (Pièce au musée Civiale préparée par J. de Marignac.)

Observation X. — Le nommé Bourderye (Auguste), âgé de 58 ans. Entré le 11 décembre 1877, salle Saint-Vincent, n° 28, à l'hôpital Necker.

Antécédents. Pour la première fois, en 1863, le malade rendit un peu de sang mélangé à l'urine ; il ne s'en inquiéta pas d'abord, ce pissement de sang s'étant montré à la suite de fatigues et d'excès. Mais, il remarqua que, depuis cette époque, ses urines qui, auparavant, étaient claires et limpides, étaient devenues troubles avec une sorte de reflet rougeâtre et restaient maintenant continuellement avec cet aspect. En outre, de temps à autre, il se présentait une véritable hématurie. Très éloignés dans le principe, ces pissements de sang peu à peu furent séparés par des intervalles de moins en moins longs ; et il est à remarquer qu'au fur et à mesure qu'ils augmentaient de fréquence, ils augmentaient en même temps de durée et d'intensité. Ainsi, tandis qu'au début les urines étaient seulement légèrement teintées pendant quelques jours, elles étaient dans ces derniers temps tout à fait noirâtres pendant des mois entiers.

Il y a quelques mois, les caillots se sont montrés dans l'urine en grande abondance, et, en même temps, les mictions devenaient difficiles et douloureuses. Parfois, les envies d'uriner étaient impérieuses et le malade ne pouvait pas se retenir ; d'autres fois, au contraire, il était obligé d'attendre et de pousser pendant plusieurs minutes avant que le jet d'urine pût sortir. Plusieurs chaudepisses, la dernière il y a plus de vingt ans, mais pas de symptômes appréciables de rétrécissement. Rhumatismes et affection cardiaque soignés à Lyon en 1850.

Etat actuel. A son entrée à l'hôpital, le malade raconte

que, depuis quelques jours, la quantité de sang dans les urines est devenue très considérable, que le nombre et le volume des caillots a également beaucoup augmenté, et qu'enfin les mictions sont très douloureuses, et, par instants, même impossibles. Les urines sont, en effet, très brunes, noirâtres même, et contiennent un très grand nombre de caillots.

Le malade ne se plaint pas d'autre chose. L'appétit est assez bien conservé, mais la peau offre une teinte jaune paille assez nette. Amaigrissement et affaiblissement très marqués, surtout depuis quelques mois. Pas de douleurs ni spontanées, ni à la pression dans les régions rénales.

Le toucher rectal permet de constater une légère hypertrophie du lobe gauche de la prostate; on sent aussi que la vessie ne se vide pas, mais on ne peut constater aucune dégénérescence, aucune tumeur de cet organe. Même chose pour la palpation abdominale.

On ne pratique ni l'exploration du canal avec les explorateurs à boules, ni celle de la vessie avec la sonde d'argent. *Prescriptions* : Tisane de chiendent en abondance, toniques.

15 *décembre*. Le sang a plutôt augmenté que diminué dans l'urine; très nombreux et très gros caillots; aussi extrême difficulté pour uriner. On commence les injections sous-cutanées d'ergotine. L'auscultation du cœur révèle l'existence : 1° d'un bruit de souffle au premier temps et à la pointe (anémique probablement); 2° d'un autre bruit de souffle à la base au second, mais surtout au premier temps.

18 *décembre*. Le même état persiste toujours. Le sang n'a pas diminué malgré les injections d'ergotine. Le malade se livre à de violents efforts pour uriner. L'affaiblissement fait des progrès rapides ; teinte jaune-paille ; yeux excavés ; somnolence continuelle.

21 *décembre*. Mort presque subite, sans agonie.

Autopsie pratiquée le 23 décembre, à 10 heures du matin (40 heures après la mort). — *Poumons* sains; quelques adhérences pleurales. — *Cœur* : lésions très manifestes de rétrécissement et insuffisance aortique ; la valvule mitrale paraît saine. — *Foie* : légèrement gras. — *Rate* : normale. — *Tube digestif* : rien à noter. — *Reins et uretères* : absolument sains. — *Prostate* : légèrement hypertrophiée, surtout à gauche. — *Urèthre* : un peu rétréci.

Vessie : grisâtre, assez grande, distendue par des caillots très nombreux. Muqueuse saine, sans ulcérations. Dans la partie gauche de la vessie, près du bas-fond, on

remarque une tumeur en forme de champignon, du volume d'une grosse noix. Cette tumeur ne va pas jusqu'au col, sa consistance est celle de la pulpe cérébrale ramollie. (Pièce au Musée Civiale, préparée par M. G. de Marignac.)

Le sang est ordinairement rendu mélangé à l'urine à laquelle il donne une coloration variable, suivant l'abondance de l'hémorrhagie. Quand l'urine contient peu de sang, elle prend souvent une teinte sale d'eau vineuse; quand, au contraire, elle en contient une grande proportion, elle offre une couleur rouge vif ou rouge brique; d'autres fois, elle prend l'aspect du sirop de groseilles; dans plusieurs cas, nous l'avons vue présenter encore une coloration plus foncée que nous comparerions volontiers au jus de cassis; quelquefois enfin, les urines sont brunâtres, comme si on y avait délayé du marc de café ou de la suie. Assez souvent, c'est lorsque l'hématurie touche à sa fin que les urines prennent une teinte qui se dégrade peu à peu dans l'espace de quelques heures; mais il peut arriver qu'on ne saisisse pas la transition entre l'urine sanglante et l'urine claire qui se succèdent dans deux mictions successives, on assiste à un changement à vue qui tient de la féerie. S'il est de règle que le sang soit mélangé intimement à l'urine, il est encore assez fréquent de la voir, en outre, contenir des caillots qui se sont formés dans la vessie, et qui souvent sont de forme irrégulière, d'une couleur rouge sombre ou noirâtre. Quelquefois, on voit sortir des caillots rubanés, le plus souvent rouges comme les autres, mais quelquefois plus ou moins décolorés, et présentant l'aspect de masses charnues d'apparence fibreuse, d'un blanc jaunâtre ressemblant à des morceaux de tendon gonflés par la macération dans l'eau. Ces caillots plus ou moins volumineux déterminent souvent des douleurs extrêmement vives à leur passage dans l'urèthre, et leur expulsion nécessite quelquefois des efforts très violents. Enfin, de temps en temps ils s'arrêtent dans le canal et on voit les malades s'efforcer de les extraire en tirant sur la portion qui se présente au méat. Lorsque l'hémorrhagie se fait rapidement dans la vessie à peu près vide, le sang s'accumule dans la vessie qu'il distend et peut se prendre pour ainsi dire en masse, et déterminer une ré-

tention complète d'urine. Amussat (1), Wardell (2), Cruveilhier (3), Tillaux (4), etc., ont observé de ces faits ; et c'est dans un cas analogue qu'Astley Cooper (5) émit l'avis d'ouvrir la vessie au-dessus du pubis pour enlever les caillots, et la taille a paru indiquée dans un autre cas où la lésion avait son siège primitif dans la prostate (6). Ces hémorrhagies intravésicales présentent une gravité particulière dans ces circonstances, parce que certaines manœuvres qu'il peut être nécessaire de pratiquer dans la vessie pour y remédier, telles que le catéthérisme avec aspiration, par exemple, sont susceptibles d'aggraver l'hémorrhagie. Le cathétérisme seul peut, en effet, provoquer des hématuries graves et même souvent mortelles (Cruveilhier, Leudet (7), Tufnell (8), Rendu (9), Langlebert (10), etc.); et ce n'est pas seulement le cathétérisme difficile, inhabile ou imprudent qui peut déterminer cet accident, on peut le voir survenir après un sondage pratiqué facilement par un chirurgien très expert qui s'est placé dans les meilleures conditions de sécurité; il est donc prudent de s'abstenir autant que possible de cette manœuvre.

L'observation suivante montre bien qu'il peut arriver des accidents même aux maîtres les plus prudents et les plus habiles.

Observation XI.— M. M..., âgé de 30 ans, a des hématuries depuis plusieurs années et offrant des caractères qui pouvaient faire soupçonner une lésion organique de la vessie, mais le toucher rectal combiné au palper abdominal, pratiqué au mois de mai 1880 par M. Guyon, donna un résultat négatif. Quelques jours après, la vessie ne saignant plus, notre maître recourut à l'exploration par le cathéter métallique. Le malade fut exploré dans son lit, l'instrument pénétra facile-

(1) Amussat. — *Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXII, p. 255.
(2) Wardell. — *The Lancet*, 1850, t. I, p. 423.
(3) Cruveilhier. — *Bull. soc. anat.*, 1859, p. 36.
(4) Tillaux. — *Bull. soc. anat.*, 1859, p. 35.
(5) Astley Cooper. — *Med. chir. review*, 1825, t. II, p. 225.
(6) Copland Hutchison.— *The Lancet*, 1826, 2e éd., t. III-IV, p. 179.
(7) Leudet. — *Bull. soc. anat.*, 1852, p. 301.
(8) Tufnell. — *The Dublin quarterly journ. of med. sc.*, 1865, t. XXXIX, p. 470.
(9) Rendu. — *Bull. soc. anat.*, 1869, p. 543.
(10) Langlebert. — *Bull. soc. anat.*, 1876, p. 256.

ment et sans aucune violence, ne provoqua aucune douleur et ne rencontra ni corps étranger, ni épaississement appréciable de la vessie; on crut avoir affaire à une tumeur en houppes sans épaississement des parois. Il fut recommandé au malade de garder le lit, ce qui fut fait; néanmoins, le cathétérisme fut suivi d'une hématurie très abondante qui dura pendant trois jours.

Jusqu'à la fin d'octobre, les hématuries se sont reproduites avec peu d'intensité, mais presque continues, le malade conservant son appétit et ses forces. Les mictions sont fréquentes et douloureuses. Les hématuries redeviennent continues, se répètent pendant le repos et la veille, nuit et jour; mais le sang est rendu en plus grande abondance sous l'influence des efforts que le malade fait à la fin de la miction. Le toucher rectal combiné avec le palper abdominal fait alors reconnaître aisément que la paroi postérieure de la vessie est considérablement épaissie par une masse de consistance molle déjà très développée.

Au 15 décembre, l'examen est répété : la tumeur semble augmenter de moitié et avoir à peu près le volume d'un œuf de poule. L'état général est assez bon, le malade a cependant pâli et perd un peu de ses forces. Il n'a pas eu de grandes hématuries depuis la dernière visite, mais des hématuries continues peu abondantes, et toujours plus marquées à la fin de la miction. Le malade a rendu depuis plusieurs jours des graviers d'apparence phosphatique et des débris organiques dont quelques-uns ont le volume d'une lentille, et qui étaient constitués par du tissu embryonnaire qui pourrait avoir fait partie d'une tumeur papillaire ou d'un sarcôme; mais, en raison des caractères de la tumeur fournis par le toucher et aussi en raison de l'absence de vaisseaux dans des fragments relativement volumineux, on est en droit de penser qu'il s'agit plutôt de débris d'une tumeur sarcomateuse. L'urine est devenue fétide depuis qu'elle contient ces dépôts organiques.

Observation XII. — M. S..., vient consulter M. Guyon au commencement de l'hiver 1879, pour des accidents de cystite qui duraient depuis plusieurs mois.

Il avait quelquefois rendu un peu de sang à la fin de la miction, mais rarement. Il n'existait aucune cause locale capable d'expliquer le développement de la cystite, pas de blennorrhagie récente. L'exploration fit reconnaître qu'il n'y avait point de rétrécissement de l'urèthre et que la prostate était normale. C'était un rhuma-

tisant : on crut à une cystite rhumatismale. Les accidents persistèrent pendant tout l'hiver et s'aggravèrent pendant l'été suivant. Au mois de juin 1880, M. Guyon pratiqua une exploration de la vessie avec la sonde métallique ; cette exploration fut faite le malade étant couché dans son lit, l'examen fut facile, non douloureux et absolument négatif d'ailleurs ; le malade qui avait gardé le lit après l'opération fut pris d'une hématurie considérable qui dura plus de deux jours. Quand le malade fut remis, il fut envoyé à Cauterets, mais les symptômes continuèrent à s'aggraver, les hématuries étaient devenues permanentes. Il fut revu par M. Guyon le 11 décembre 1880 ; le toucher rectal et la palpation abdominale firent reconnaître une tumeur qui commençait en arrière de la prostate et que l'on suivait sur le bas-fond vésical qu'elle envahit surtout à droite. Cette tumeur est molle et sans bosselures.

Ces faits présentent le plus grand intérêt, non seulement parce qu'ils montrent les dangers des explorations directes de la vessie dans les cas de néoplasme, mais encore parce qu'ils établissent que, dans certaines circonstances où rien ne peut faire soupçonner une lésion organique de la vessie, le cathétérisme détermine quelquefois des hématuries considérables qu'on peut appeler *révélatrices*, et qui ont une grande valeur diagnostique lorsqu'il est bien avéré que l'exploration a été faite prudemment par une main exercée ; parce qu'un cathétérisme régulier ne peut déterminer une hémorrhagie importante et durable que lorsque les parois de la vessie sont atteintes d'une dégénérescence organique.

L'hématurie est en somme le symptôme le plus important du cancer de la vessie, il est ordinairement le premier, et il se présente avec des caractères tels qu'il peut souvent suffire à faire reconnaître la maladie.

Nous rappellerons encore que l'hématurie peut être le seul symptôme, car quand elle est profuse et se répète, elle peut déterminer rapidement une anémie mortelle (Nunn, Goddyn) (1), etc.

La *rétention d'urine* peut être due, comme nous venons de le dire, à l'accumulation du sang dans la cavité

(1) Goddyn. — *Gaz. med., ital. lomb.*, 1872, n° 22.

de la vessie, mais elle est bien plus souvent produite par la présence de la tumeur qui vient s'appliquer sur le col et le ferme plus ou moins complètement ; lorsque la tumeur est assez mobile, la rétention peut n'être que momentanée et cesser spontanément par le déplacement de la tumeur ; quelquefois, la miction a commencé à se faire normalement, et, tout à coup, le jet s'arrête, la tumeur est venue faire soupape à l'orifice vésical, comme pourrait le faire un calcul (Church) (1). La rétention d'urine a pu paraître le premier symptôme, mais il est exceptionnel qu'elle soit complète, d'emblée, elle a généralement été précédée pendant un certain temps d'une difficulté de la miction, s'accompagnant de démangeaisons, de douleurs à l'extrémité du gland ou tout le long de l'urèthre, se manifestant surtout à la fin de l'émission ; mais pouvant continuer quelquefois longtemps après ; et souvent l'hématurie la précède depuis longtemps. Lorsque la rétention est complète et s'est établie rapidement, les efforts que le malade fait pour la vaincre provoquent du ténesme, des épreintes et même des mouvements convulsifs ; et tout peut cesser spontanément par un déplacement brusque de la tumeur. Lorsque la rétention complète persiste, la situation est toujours grave, parce que, malgré l'incontinence par regorgement qui s'établit, il ne s'en produit pas moins une rétro-dilatation dont les effets se font bientôt sentir sur le rein, ou, si on cherche à pallier les effets de la rétention par le cathétérisme quotidien ou répété plusieurs fois par jour, on provoque rapidement une cystite qui ne guérit guère et qui finit encore par amener des troubles rénaux, mais par un procédé différent. Lorsque la rétention complète n'est point palliée par le cathétérisme, l'*incontinence* par regorgement peut s'établir ; lorsque la tumeur en s'appliquant sur le col tend à le pénétrer et le maintient béant, on peut encore observer l'incontinence sans rétention, qui pourrait encore se rencontrer en cas d'infiltration carcinomateuse du col qui devient

(1) Gross. — *A practical treatise of the diseases and injuries of the urinary bladder*, etc., Philadelphia, 1851, p. 247.

insuffisant; mais l'incontinence se rencontre en somme assez rarement.

Lorque la rétention même partielle devient permanente, elle finit aussi par déterminer les mêmes phénomènes du côté de la vessie et du rein, mais ils se développent plus lentement.

Il est rare que la maladie se manifeste à son début par les symptômes douloureux de la cystite. Cependant, le fait peut se présenter comme dans l'observation XII.

Les *douleurs* ont pu manquer jusqu'à l'apparition de la rétention d'urine, si on observe souvent des sensations de pesanteur de gêne aux lombes, au périnée, à l'hypogastre, il est rare que l'on note les douleurs vives dès le début de la maladie, elle peuvent même ne jamais exister pendant toute sa durée s'il ne survient pas de troubles de la miction. Mais, dès que la vessie se vide mal, ces phénomènes douloureux apparaissent rapidement, ou s'exagèrent et deviennent permanents à cause du développement de la cystite; malgré l'impossibilité de la miction spontanée, la fréquence des besoins d'uriner n'en existe pas moins, et il faut recourir fréquemment au cathétérisme; un malade de Dolbeau se sondait d'heure en heure (1). A ces sensations douloureuses peuvent venir s'ajouter les douleurs lancinantes et excruciantes caractéristiques du cancer qui sont souvent intermittentes, et généralement exaspérées par la marche ou un exercice quelconque, ou encore certaines douleurs profondes qui durent quatre ou cinq jours, puis cessent pour revenir quelques jours après et qu'on peut quelquefois rattacher à des poussées de péritonite localisée.

Outre les douleurs locales et les douleurs le long de l'urèthre qui accompagnent ou suivent la miction, on peut encore observer des douleurs irradiées qui sont plutôt en rapport avec la *compression* ou l'irritation à distance des organes voisins, qu'avec les lésions locales elles-mêmes. Ces douleurs irradiées peuvent se propager

(1) Poisson. — *Bull. soc. anat.*, 1876, p. 111.

vers le testicule, vers la vulve, ou encore vers les aines, le long de la cuisse (Moysant (1), Campenon (2), etc.), sur tout le trajet du sciatique (3) ; on peut les rencontrer encore au périnée ou au pourtour de l'anus (4) ; dans un cas, il existait des douleurs déchirantes dans la fosse iliaque (5). Elles se présentent généralement sous la forme de névralgies symptomatiques, et on observe quelquefois des crises qui contraignent le malade à prendre les attitudes forcées les plus diverses.

On peut encore rencontrer quelquefois des troubles dus à la compression des veines qui détermine des œdèmes s'étendant à tout le membre inférieur, ou à une partie seulement. Bulley (6) a observé un œdème limité au périnée et à la région péri-anale, déterminé par la compression des vaisseaux hémorrhoïdaux due à une tumeur encéphaloïde du fond de la vessie. Ces œdèmes sont faciles à distinguer des œdèmes ultimes en relation avec l'affection rénale (Avezou (7), etc.) ; mais il est possible que les deux causes d'hydropisie coïncident.

Ce n'est pas seulement lorsqu'elle contient du sang que l'*urine* offre des caractères précieux. Lorsque la muqueuse vésicale, irritée par le séjour prolongé de caillots ou par la présence et surtout par l'ulcération de la tumeur vient à s'enflammer, les urines, qui étaient claires au début ou ne contenaient que du sang pendant une période plus moins longue, commencent à devenir visqueuses et filantes au fond du verre où elles laissent déposer des flocons analogues à des blancs d'œuf ; quelquefois, elles sont boueuses et contiennent des graviers phosphatiques ; d'autres fois, on y rencontre des *lambeaux de matière cancéreuse* qui se sont détachés de la masse et qu'on a pu accuser d'avoir déterminé une

(1) Moysant. — *Bull. soc. anat.*, 1855, p. 506.
(2) Campenon. — *Bull. soc. anat.*, 1872, p. 236.
(3) Bergeon. — *Bull. soc. anat.*, 1831, p. 127.
(4) Page. — *British med. journ.*, 1863, t. I, p. 138.
(5) Lacaze-Dori. — *Recherches sur le cancer de la vessie*. Thèse de Paris, 1852, p. 28.
(6) Bulley. — *Med. Times and Gaz.*, 1846, t. XIV, p. 110.
(7) Avezou. — *Bull. soc., anat.*, 1878, p. 109.

suspension brusque du jet. Ces fragments qui ont été assez fréquemment observés (C. Thompson, Sanders (1), Guyon, Dickinson (2), etc.), sont quelquefois extrêmement volumineux ; on nous en a montré au Muséum de l'hôpital Saint-Georges, de Londres, qui, plongés dans un liquide, paraissaient avoir le volume du pouce et on a peine à comprendre qu'ils aient pu sortir par l'urèthre ; il peut arriver du reste qu'une tumeur soit ainsi en grande partie évacuée par fragments. Lorsque ces portions de tumeur sont assez considérables pour se prêter à un examen histologique sérieux, elles ont une valeur incontestable, mais on a beaucoup exagéré l'importance des dépôts urinaires dans lesquels on a trouvé des cellules, dites cancéreuses, qui n'étaient peut-être que des cellules épithéliales de la vessie plus ou moins dégénérées ou même normales, car on sait sous quelle variété de formes elles peuvent se présenter. On a beaucoup trop insisté sur la valeur de ces dépôts (Lambl (3), Cagliari (4), etc.), dont il est souvent impossible de reconnaître la nature, mais qui coïncident fréquemment avec une altération considérable des caractères organoleptiques de l'urine. Nous avons eu occasion d'examiner plusieurs fois des lambeaux de ce genre et qui étaient constitués exclusivement par de la fibrine. Si, surtout, au pus et aux fragments cancériformes, il se mêle un peu de sang, l'urine brunâtre, fétide, devient analogue par sa coloration et son odeur à du purin, et elle laisse déposer un putrilage puant d'une odeur cadavérique ou de lavure de chair qu'on a pu considérer comme caractéristique des affections cancéreuses de la vessie.

On ne peut constater l'existence de la *tumeur* que par l'exploration méthodique, par la palpation abdomi-

---

(1) Sanders. — *Edinburgh med. journ.*, 1864, t. X, p. 273.
(2) Dickinson. — *Trans. of the path. Soc. of London*, 1869, t. XX, p. 233.
(3) Lambl. — *Canstatt' Jahresbericht*, 1856, t. IV, p. 388, et 1859, t. IV, p. 344.
(4) Cagliari. — *Cancro della vescica diagnosticato coll'aiuto del microscopio*, in *l'Imparziale*. Firenze, 1872, p. 508.

nale, le toucher vaginal et rectal, par le cathétérisme et le toucher vésical.

Lorsque la tumeur est très considérable, la *palpation abdominale* seule peut en révéler la présence; la main peut reconnaître que la paroi abdominale est refoulée en avant par une masse plus ou moins dure et bosselée ; si la paroi est mince, sur un sujet amaigri, on peut sentir une tumeur relativement peu volumineuse, pourvu quelle atteigne la limite du pubis. Dans un cas de M. Maisonneuve, on sentit bien une tumeur qui remontait jusqu'à l'ombilic, mais elle fut prise pour une rétention d'urine, et on fit une ponction qui ne donna que de la matière encéphaloïde et du sang ; une tumeur cérébriforme volumineuse, formant une masse ovoïde remontant assez loin au-dessus du pubis et donnant lieu à une sensation de fausse fluctuation peut, en effet, donner le change et faire croire à une tumeur liquide, surtout s'il existe une rétention plus ou moins complète d'urine et un obstacle à l'introduction d'une sonde dans la vessie. En outre, il peut arriver que la tumeur cancéreuse, en se ramollissant, détermine par la perforation de la paroi vésicale la production d'une tumeur phlegmoneuse dans le tissu cellulaire pré-vésical ; les infiltrations d'urine de ce genre jouent un rôle important dans la pathogénie des phlegmons de la cavité prépéritonéale de Retzius (1), et elles sont de nature à rendre impossible la constatation par la palpation d'une tumeur de la vessie. L'observation suivante, malheureusement très incomplète, a trait à une complication de ce genre.

Observation XIII. (Résumée.) — Le nommé P..., âgé de 70 ans, entré le 24 août 1868 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon.

17 *septembre*. Ce malade a eu du délire toute la nuit. Dans la région hypogastrique, on aperçoit une tuméfaction qui s'étend à cinq ou six travers de doigt au-dessus du pubis, et mesure à peu près une largeur égale. Elle est limitée au côté droit de la ligne blanche, qu'elle ne semble pas

(1) *Castaneda y Campos*. — Thèse de Paris, 1878.

dépasser. Fluctuation profonde. Sensibilité excessive à la pression.

Incision oblique d'environ trois centimètres sur la partie moyenne de la tumeur, l'extrémité inférieure est dirigée vers le pubis. Les parois abdominales sont incisées sur toute leur épaisseur ; un flot de pus mal lié, d'une odeur infecte, s'échappe par l'incision, et aussitôt on voit la tumeur s'affaisser. Le doigt introduit dans l'ouverture constate un large décollement vers la région médiane profonde. D'après cela, il semble probable que cet abcès urineux est le résultat d'une infiltration urineuse, due à une érosion de la paroi vésicale interne par les incrustations qu'on sent par le cathétérisme.

Autopsie, le 11 octobre. — Cancer envahissant toute la paroi antérieure de la vessie. Le rein gauche présente un semis d'apparence cancéreuse. Le microscope a fait voir que ces petites saillies étaient cancéreuses. Pyélite.

Mais, il est assez rare que la tumeur dépasse le pubis, et, le plus souvent, la palpation seule ne peut donner qu'une sensation d'empâtement profond qui, isolée, ne peut constituer un caractère évident. Pour arriver à faire un palper abdominal efficace lorsque la tumeur est profondément cachée dans le petit bassin, M. Guyon conseille de procéder de la façon suivante : il faut appuyer fortement l'extrémité des doigts réunis sur la paroi abdominale, pour la déprimer autant que possible, et faire faire de grandes inspirations au malade ; chaque fois que la paroi s'abaisse sous l'influence de l'inspiration, on en profite pour déprimer plus fortement, et on a soin de maintenir la main immobile pendant l'expiration pour ne rien perdre de ce qu'on a gagné ; on arrive ainsi à explorer à une grande profondeur et à reconnaître, s'il y a lieu, l'existence de dureté des bosselures qu'on eût cherchées en vain par la palpation ordinaire. Il peut arriver que les plus légères pressions sur l'hypogastre déterminent des douleurs assez vives pour que ce mode d'exploration soit impossible (Lacanal (1), etc.) ; il faut alors recourir aux autres procédés, qui gagneraient beaucoup à être combinés à la palpation abdominale ; le toucher vaginal ou rectal avec la palpation permet-

(1) Lacanal. — *Bull. soc. anat.*, 1843, p. 41.

tent de saisir pour ainsi dire la tumeur entre les deux mains et d'apprécier son volume. On ne doit jamais négliger le toucher lorsqu'on est en droit de soupçonner l'existence d'une tumeur de la vessie.

Le *toucher vaginal* est très précieux, parce qu'il permet d'atteindre presque directement le trigone vésical, qui est le plus souvent altéré. Quelquefois la tumeur refoule en bas la paroi antérieure du vagin et forme une saillie dure ou bosselée, séparée de l'utérus par un sillon concave en arrière ; d'autres fois, on ne sent qu'une induration plus ou moins limitée de la paroi. En tout cas, le col utérin est souple et lisse, mais il peut arriver que l'utérus soit enclavé à un certain degré dans le tissu conjonctif péri-vésical induré, de sorte qu'il est plus ou moins immobilisé ; mais, par le toucher rectal, on pourra s'assurer de l'intégrité du corps de l'utérus. D'ailleurs, toutes les fois que le col utérin est sain, il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse d'une tumeur primitive de la vessie, car le cancer du corps de l'utérus ne paraît pas se propager fréquemment à la vessie (1) ; cependant, dans un cas de ce genre de Hénocque (2), il y avait des dépôts cancéreux dans les parois vésicales. Quelquefois, au lieu d'une tumeur, de bosselures isolées, d'une induration diffuse, on a la sensation d'un simple empâtement douloureux; il peut même arriver que le toucher ne fasse que déterminer une douleur plus ou moins vive dans une région limitée. L'empâtement mou et la sensibilité localisée sont assez souvent les seuls signes fournis au toucher vaginal par les tumeurs papillaires simples.

Chez l'homme, le *toucher rectal* n'est pas moins utile que le toucher vaginal chez la femme. Il permet de constater au-dessus de la prostate, dont le volume et la connaissance sont restés à l'état normal, l'existence d'une tumeur dont les caractères peuvent présenter des différences notables; on peut sentir une masse tantôt plus ou moins régulièrement sphérique, tantôt irrégulière ou

(1) Pichot. — *Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus*. Thèse de Paris, 1876.
(2) Hénocque. — *Bull. soc. anat.*, 1856, p. 25.

bosselée, offrant une consistance molle ou élastique, lardacée ou d'une dureté fibreuse, quelquefois avec des points moins résistants. D'autres fois, au lieu d'une tumeur bien limitée, on ne trouve qu'une sorte de tuméfaction de la paroi recto-vésicale (Hélot) (1), ou un empâtement diffus. Aussi, le toucher rectal doit-il être fait avec certaines précautions : il est bon de le pratiquer successivement la vessie pleine et la vessie vide, parce qu'il y a des causes d'erreur inhérentes à chacun des deux cas. Lorsque la vessie est pleine, si le bas-fond distendu fait une forte saillie vers le rectum, on peut croire à un épaississement cancéreux de la paroi vésicale alors qu'il n'existe rien de semblable ; ou encore, la distension de la vessie peut masquer l'existence d'une tumeur qui aurait sa base d'implantation sur les faces antérieure et latérale. Si, au contraire, on touche par le rectum la vessie vide d'un sujet qui a longtemps souffert d'un obstacle à la miction et qui, en provoquant des efforts répétés a déterminé une hypertrophie considérable des parois vésicales, on peut avoir la sensation d'une masse dure et résistante ; dans un cas semblable, nous avons pu comparer la consistance de la vessie à celle d'un utérus à la fin de l'involution ; toutefois, l'état de vacuité de la vessie est de beaucoup le plus favorable à ce genre d'exploration. Comme la palpation abdominale, comme le toucher vaginal, le toucher rectal peut déterminer des douleurs extrêmement vives, excruciantes même (Fifield). Quelquefois, on n'observe qu'une sensibilité localisée qui constitue un symptôme qu'il ne faut pas négliger, et qui peut servir de guide même en l'absence de toute tumeur.

Le toucher vaginal et le toucher rectal n'acquièrent, comme nous l'avons déjà fait remarquer, toute leur valeur que s'ils sont combinés avec la palpation abdominale, superficielle ou profonde, suivant les cas ; on peut ainsi, pour ainsi dire, saisir la tumeur entre les deux mains, et en apprécier la forme, le volume et la consistance. Lorsque la tumeur saisie ainsi, entre le doigt placé dans le rectum ou dans le vagin et ceux qui dépriment la paroi

(1) Hélot. — *Bull. soc. anat.*, 1841, p. 299.

abdominale, paraît mobile et échappe à chaque instant à la pression, il est quelquefois permis d'en conclure que la tumeur est pédiculée.

Chez la femme, une autre ressource s'offre encore à l'exploration de la tumeur, le *toucher vésical* direct, que l'on peut pratiquer après la dilatation préalable de l'urèthre. La dilatabilité de l'urèthre chez la femme est un fait bien acquis ; on a pratiqué la dilatation chirurgicale de ce canal un grand nombre de fois, soit pour l'extraction de corps étrangers ou de calculs, soit pour l'ablation des tumeurs, soit pour vaincre la contracture douloureuse de l'urèthre (1) ou l'irritabilité vésicale considérée comme un symptôme analogue aux phénomènes douloureux qui accompagnent la fissure à l'anus (Teale, Christopher Heath (2), Nicoll (3), etc.), soit enfin pour l'exploration de la vessie. La dilatation peut s'obtenir lentement par l'emploi de la racine de gentiane, d'une tige de laminaire, d'un cône d'éponge préparée ; mais, ces corps étrangers qui doivent rester longtemps en place, ont l'inconvénient d'empêcher l'excrétion urinaire dont le besoin se fait d'autant plus sentir que l'irritation locale devient plus intense, et on ne remédie qu'incomplètement à ces accidents en introduisant au centre du cône d'éponge un tube qui permet la miction (4). Astley Cooper (5) s'était servi de plusieurs sondes introduites ensemble ; on s'est servi aussi de bougies graduées, mais ce procédé est souvent insuffisant, parce que l'on perd dans l'intervalle des séances ce que l'on avait gagné. Grâce au chloroforme, la dilatation brusque peut être pratiquée, soit avec un spéculum particulier (6) dont on écarte violemment les branches, soit avec des pinces à

(1) Longuet. — *De la dilatation de l'urèthre chez la femme*, in *Annales de gynécologie*, 1874, t. I, p. 216.

(2) *The Lancet*, 1875, t. II, p. 858.

(3) Nicoll. — *The american jour. of obstetrics*, 1880. p. 383.

(4) Reliquet. — *Traité des opérations des voies urinaires*, 1871. p. 775.

(5) Astley Cooper. — *Œuvres chirurgicales*. Traduction Chassaignac et Richelot, p. 569.

(6) Mathews Duncan. — *Trans. of the Edinburgh obstetrical soc.*, t. IV, p. 136.

polype dont on se sert de la même manière, soit avec un instrument analogue à celui de Dolbeau pour la lithotritie périnéale (1), soit avec le dilatateur imaginé pour le même usage par M. Guyon, soit avec le doigt que l'on enfonce brusquement dans l'urèthre après l'avoir bien graissé. La dilatation, plus facile chez les jeunes sujets (2), peut être poussée sans inconvénient jusqu'à ce qu'on puisse introduire le doigt. La dilatation forcée détermine fréquemment des fissures au pourtour du méat, provoque quelquefois des hémorrhagies inquiétantes (3) ; on peut encore lui reprocher de laisser après elle une incontinence d'urine qui ne persiste généralement pas au delà de quelques jours et qui peut manquer complètement ; mais le toucher vésical n'en reste pas moins un mode d'exploration qui peut être d'une grande utilité (4). Il permet de constater non seulement l'existence d'une tumeur, mais encore des caractères les plus importants : le doigt peut reconnaître le volume, la forme, le point d'implantation du pédicule s'il y en a un, la consistance, l'apparence lisse, ulcérée ou velue de sa surface; il donne des renseignements beaucoup plus précieux que ceux qui sont fournis par le cathétérisme, car le doigt peut sentir de simples élevures papillaires, des aspérités molles de la muqueuse, qui ne donneraient aucune sensation à la sonde.

Dans cette affection, le *cathétérisme* est une manœuvre qui peut être dangereuse, puisqu'elle a amené plusieurs fois des hémorrhagies mortelles, et elle ne donne souvent que des renseignements peu précis ; aussi, n'y doit-on recourir qu'avec la plus grande réserve et les plus grandes précautions. Quelquefois, il est impossible parce que la tumeur s'oppose à l'entrée de la sonde dans la vessie. Il peut déterminer un accroissement de douleur dans un point fixe, ou donner la sensation d'une

(1) P. Hybord. — *Des calculs de la vessie chez la femme et la petite fille.* Thèse de Paris, 1872, p. 60.
(2) Malgaigne. — *Man. de méd. op.*, 1834. p. 728.
(3) W. Edis. — *The Lancet*, 1875, t. II, p. 909.
(4) Reeves. — *The Lancet*, 1879, t. II, p. 875.

inégalité, d'un ressaut, d'un frottement dur (1), d'un épaississement qui n'a d'importance que si il coïncide avec d'autres symptômes et avec des renseignements concordants fournis par le toucher rectal.

Observation XIV. (Résumée). — Le nommé Courtois, 49 ans, entre le 5 juin 1876, dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker. A souffert il y a 21 mois dans la région lombaire droite. Au début, hématuries successives et abondantes pendant 1 mois. Douleurs en urinant, mictions fréquentes. A son entrée, hématuries interrompues, se produisant après la marche, cessant avec le repos. Sondé par M. Duplay et M. Mallez, qui n'ont pas trouvé de pierre. A son entrée, il a une teinte jaunâtre, ne souffre plus dans le flanc.

Toucher rectal : prostate moyennement développée, sans bosselures, la vessie est un peu épaissie du côté droit.

Exploration à la sonde : canal libre, inégalités sur le côté droit permettant de faire le diagnostic de lésion organique de la vessie.

Observation XV. (Résumée).— Le nommé Bandoux, âgé de 65 ans, entre le 19 janvier 1879, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon.

Malade depuis 18 mois. Mictions fréquentes et impérieuses la nuit (10 à 12 fois). Douleur après la miction. Hématuries sans douleur datant du début de la maladie, venant après la fatigue, se produisant aussi bien la nuit que le jour.

19 *janvier* 1877. — Pas de tumeur rénale. Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés. — Toucher rectal. Tumeur molasse dans la vessie, perçue le doigt étant dans le rectum et l'autre main déprimant l'abdomen. — Cathétérisme explorateur très douloureux ; canal libre, un peu sensible dans la portion membraneuse.

La prostate laisse passer facilement la sonde d'argent. Ressaut de la sonde par la tumeur qui occupe toute la partie gauche de la vessie.

D'autres fois, on a une sensation de corps étranger résistant, dont le bec de la sonde ne peut faire le tour et qu'il ne peut déplacer. Les battements de l'explorateur

(1) Fleming. — *The Dublin quarterly journ. of med. sc.*, 1864. t. XXXVII, p. 459.

métallique donnent quelquefois une sensation de choc sur un corps inorganique, lorsque la tumeur est recouverte de graviers ou d'incrustations. Lorsque le néoplasme remplit en grande partie la vessie, il peut arriver que, lorsque la sonde a été introduite, on ne puisse plus remuer le pavillon (1); lorsque la sonde est, au contraire, très mobile dans la vessie, on peut déterminer le siège de la tumeur, et, approximativement, son point d'implantation. Une tumeur qui siège près du col, peut, en s'appuyant sur lui, déterminer une rétention d'urine plus ou moins complète; si elle a une certaine mobilité, le cathéter peut la déplacer et faire cesser, momentanément ou pour un temps plus ou moins long, un des accidents principaux. Quelquefois, le cathétérisme permet de ramener des fragments de tumeur qui s'engagent dans l'œil de la sonde (2); et qui, s'ils étaient assez volumineux, pourraient donner des renseignements précieux, non seulement sur l'existence de la tumeur, mais même sur sa forme histologique. Mais, l'arrachement de portions de la tumeur est généralement fâcheux, parce qu'il peut déterminer des hémorrhagies graves ; aussi doit-on rejeter comme infidèle et dangereux l'usage du lithotriteur dont on s'est longtemps servi pour apprécier les caractères principaux des tumeurs de la vessie. Toutes les formes du cancer de la vessie paraissent fournir les mêmes sensations au cathétérisme ; il est cependant une forme de tumeur, la tumeur villeuse, le papillôme, dont le contact à la sonde donne quelque chose de particulier; lorsqu'on promène la sonde sur ces productions, on éprouve une sensation spéciale que M. Guyon compare à celle que l'on a en carressant avec le bec de la sonde une barbe soyeuse (obs. XV), comme si on enfonçait la sonde dans une substance spongieuse molle et facilement dépressible; d'autres fois, on éprouve seulement une sensation de mollesse de la paroi (Obs. XVI), comme si on promenait le bec de la sonde sur une surface tomenteuse ou couverte de bourgeons charnus exubérants. Ce sont là des caractères qui

(1) *Bull. soc. anat.*, 1852, p. 301.
(2) Krabbel — *Jahresbericht der chirurgischen abtheilung des Cölner Bürger Hospital von Jahre,* 1876, in *Arch. für klin., chir. von Langenbeck*, 1879, p. 642.

ont surtout une grande valeur lorsqu'ils sont réunis à d'autres, comme nous le verrons lorsque nous étudierons spécialement ce point de diagnostic.

Observation XVI. (Résumée). — Le nommé Léonard, 55 ans, entre le 8 octobre 1878 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon.

Hématurie depuis 2 ans. Pas de mictions fréquentes. Les urines du matin contiennent quelquefois du sang. L'hématurie dure un mois de suite. N'a pas maigri. Quand il marche, douleurs dans le bas-ventre. La prostate ne présente rien de particulier. Le sang vient en finissant, mais ne se mêle pas à l'urine, excepté quand le sang est extrêmement abondant. Aucun symptôme de cystite. En finissant d'uriner, il n'y a pas le moindre effort. Rétrécissement peu étroit, mais dur de la région pénienne (n° 8). Exploration avec la sonde métallique. Paroi gauche de la vessie très tomenteuse dans une bonne étendue, comme si le bec de la sonde était dans de la barbe.

Diagnostic: Fongus bénin près du col. Rien dans les testicules.

Nous ne citerons qu'à titre d'exception l'*engorgement ganglionnaire* de la fosse iliaque qui se rencontre très rarement, mais, lorsqu'on les trouve, c'est un signe d'une grande valeur, puisqu'il caractérise les tumeurs de mauvaise nature; et il faut toujours le chercher.

Quant à l'état général spécial désigné sous le nom de *cachexie cancéreuse*, et qui se manifesterait à la dernière période de l'affection, il semble avoir été très rarement observé. Les malades succombent, il est vrai, dans un état grave qui a une certaine analogie avec la cachexie cancéreuse, mais ils n'en présentent jamais la teinte jaune-paille caractéristique; tantôt ils offrent une pâleur excessive, une décoloration très considérable des téguments, ils paraissent en proie à une *anémie* profonde; tantôt ils ont une coloration d'un jaune gris plombé, une sorte d'intermédiaire entre la teinte des cancéreux et celle des sujets atteints de cachexie paludéenne; ils ont la face bouffie, la paupière inférieure boursouflée, la langue sèche comme tout le tégument, des œdèmes plus ou moins limités, ils présentent, en un

mot, les attributs de la *cachexie urinaire* consécutive à la pyélo-néphrite ascendante. Les sujets atteints de cancer de la vessie ne laissent pas à leur diathèse le temps d'évoluer, précisément à cause du siège de la lésion qui, tantôt détermine des hématuries extrêmement abondantes et répétées qui deviennent le trait principal de l'affection, épuisent le malade et finissent par le tuer par anémie; tantôt, en mettant par leur volume ou leur situation un obstacle au cours de l'urine, provoquent des lésions rénales qui amènent la mort dans un délai variable suivant leur forme.

Les cas de *généralisation* consécutifs au cancer de la vessie sont très rares, et on peut dire qu'en général les malades ne meurent point d'infection cancéreuse; mais bien des accidents locaux déterminés par leur tumeur, et qui peuvent tuer directement comme l'hématurie, ou par l'intermédiaire de lésions consécutives comme la rétention d'urine. Bien que les affections rénales soient à proprement parler une complication de la maladie, elles, sont tellement fréquentes et jouent un rôle si important dans sa marche, qu'on pourrait les considérer comme caractérisant une de ses périodes.

Complications.

Les *complications* peuvent être divisées en deux groupes : celles qui sont en rapport avec le volume de la tumeur et la conséquence de la compression des organes, et celles qui sont dues soit à l'irritation locale, soit à la difficulté de l'excrétion de l'urine.

Les effets de la *compression* de la tumeur sur les organes voisins peut se manifester par des troubles vasculaires et particulièrement par des *œdèmes* siégeant sur le territoire des veines iliaques et plus ou moins limités. Il peut arriver que l'infiltration séreuse soit très circonscrite, et n'occupe, par exemple, que le périnée et le pourtour de l'anus (Bulley); mais, le plus souvent, elle s'étend à tout un membre inférieur, sans que rien la distingue des autres œdèmes par compression. L'origine de ces troubles doit être recherchée avec soin, parce qu'on peut

rencontrer d'autres hydropisies qui soient en rapport avec la lésion rénale.

Parmi les troubles du même ordre, nous devons encore citer ceux qui résultent de la compression des cordons nerveux qui traversent le petit bassin; ce sont des *névralgies* quelquefois transitoires, mais le plus souvent rebelles, qui occupent soit la partie antéro-interne de la cuisse, en suivant les branches de l'obturateur, ou encore occupent tout le domaine du nerf sciatique. Ces douleurs névralgiques exacerbantes, à localisation nette, peuvent coïncider avec d'autres douleurs dues à la tumeur elle-même, douleurs sourdes, profondes, quelquefois pulsatives, térébrantes, extrêmement vives, et avec les douleurs lombaires avec irradiation vers l'aine et les organes génitaux, qui sont déterminées par les altérations du rein.

Enfin, dans une circonstance particulière, chez la femme, le volume de la tumeur pourrait devenir la cause d'accidents graves ; le cancer de la vessie pourrait obstruer le canal pelvien et rendre l'accouchement dangereux ou impossible; d'après M. Bailly (1), une hémorrhagie mortelle aurait été observée. Cet auteur ne cite d'ailleurs aucun fait, et il est difficile d'en trouver d'analogues. Lever (2) rapporte pourtant un cas de squirrhe de la vessie et de la paroi antérieure du vagin qui porta obstacle à la parturition. On comprend facilement que ces faits soient rares, puisque le cancer de la vessie ne se développe guère avant l'âge de la ménopause. Nous citerons à ce propos, seulement à titre de renseignement, un fait publié par Faye (de Christiania) (3) de fibro-myôme du volume d'une tête d'adulte, indépendant de l'utérus, et inséparable de la paroi vésicale, qui nécessita la perforation du crâne et la céphalotripsie.

Lorsque l'irritation locale de la tumeur ou la rétention d'urine ont déterminé la production de la *cystite*, on voit

(1) *Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. IV, p. 627.

(2) Lever. — *Med. chir. review*, 1843, new series, t. XXXIX, p. 221.

(3) Faye. — *Schmidt's Jarhrbücher des gesammten medicine*, 1872, Bd. 153, p. 294.

bientôt apparaître avec les douleurs, la fréquence de la miction, etc., une quantité plus ou moins considérable de pus dans les urines. La présence du pus dans l'urine ne tarde pas à provoquer la formation de dépôts salins qui se font surtout à la surface de la tumeur, et qui constituent tantôt une simple gravelle phosphatique (1), qui ne se produit guère que par la précipitation de graviers au fond du vase, tantôt de véritables incrustations, qui donnent à l'explorateur une sensation de pierre, et qui, si elles ne provoquent pas par elles-mêmes de symptômes graves, constituent cependant une complication en ce sens qu'elles sont capables de faire errer le diagnostic et de faire entreprendre une opération qui peut devenir fatale au malade (2). D'autres fois enfin, il existe de véritables calculs phosphatiques qui exagèrent les phénomènes douloureux, déterminent des mictions plus fréquentes, des douleurs le long de la verge, des hématuries en rapport avec l'exercice, etc. On peut broyer ces calculs, mais ils se reproduisent indéfiniment, puisque la cause persiste ; c'est dans un cas semblable que Dolbeau fit successivement quarante lithotrities (3). Lorsque le calcul est enchatonné dans la tumeur, on risque, soit dans la lithotritie, soit dans la taille, de saisir le tout ensemble et d'arracher le néoplasme; cet arrachement est ordinairement mortel (4). Du reste, même en l'absence de tout enchatonnement, la plupart des malades atteints à la fois de tumeur vésicale et de pierre ont succombé à la taille (Chopart) ; on peut cependant citer quelques exceptions qui deviendront peut-être plus nombreuses. Si, la plupart du temps, ces calculs sont composés de phosphates, c'est-à-dire d'origine catarrhale, on en trouve cependant quelquefois dans les mêmes conditions qui sont constitués, sinon complètement, du moins dans leur noyau, de sels uriques et sont, par conséquent, d'origine diathésique. Ce sont ces pierres, développées indépendamment de la tumeur et peut-être préexistantes,

---

(1) *Bull. soc. anat.*, 1876, p. 289, etc.

(2) Rouxeau. — *De l'hémorrhagie dans l'opération de la taille.* Thèse de Paris, 1881, p. 40.

(3) *Bull. soc. anat.*, 1876, p. 111.

(4) Boyer. — *Traité des maladies chirurgicales*, t. IX, p. 72.

qui ont pu faire croire que c'était la présence de la pierre qui déterminait le développement du cancer.

Les *troubles rénaux* se présentent en général sous les mêmes formes que dans les affections de la prostate ou de l'urèthre, et ils diffèrent suivant qu'il existe une rétrodilatation avec pyélo-néphrite ascendante, une néphrite interstitielle ou une néphrite aiguë.

Dans le premier cas, on voit le malade s'affaiblir graduellement, sa peau devient sèche et rugueuse et prend une teinte terreuse spéciale; les muqueuses se dessèchent, la peau devient aride, la langue se dépouille, tantôt seulement sur le bord, tantôt sur toute son étendue, elle présente alors un aspect rouge uniforme et donne au contact la sensation d'un morceau d'étoffe; la soif devient très intense et la déglutition souvent assez pénible pour que le malade doive renoncer aux aliments solides. La fièvre est continue, mais généralement peu intense, la température peut ne dépasser la normale que de quelques dixièmes de degré, et, de temps en temps, on observe des exaspérations de courte durée qui semblent en relation avec des poussées inflammatoires. Enfin, surviennent des nausées, des vomissements, une constipation opiniâtre, qui quelquefois alterne avec la diarrhée, qu'on n'observe que rarement seule. En même temps que ces troubles digestifs, il existe des céphalalgies, des migraines, quelquefois du délire; à la fin seulement on observe des troubles de la respiration qui devient fréquente et saccadée; puis au delà succède le coma. Cet état général domine pour ainsi dire l'état local; la douleur rénale spontanée est loin d'être constante, quelquefois cependant elle prend une importance telle dans le tableau symptomatique, que Camerer en a fait un signe caractéristique du cancer vésical (1); la pression et même la palpation de la région rénale sont souvent pénibles, mais elles permettent quelquefois de constater l'existence d'une tumeur hydro-néphrétique, qui peut atteindre le volume des deux poings ou plus (2). En outre, on cons-

(1) Camerer. — *Ein Beitrage zur Diagnostik der Blasenkrebs*, in *Schmidt's Jahrbücher*, 1837, Bd. 16, p. 313.
(2) Reverdin. — *Bull. soc. anat.*, 1869, p. 149.

tate l'augmentation de quantité des urines; cette polyurie, d'abord limpide, change peu à peu de caractères ; les urines, troubles au moment de l'émission, laissent déposer au fond du vase une couche verdâtre, puriforme, dont l'épaisseur varie avec la gravité des lésions rénales, et, cependant, elles restent louches ; la polyurie trouble est constituée (Guyon, Bazy); elle peut persister plus ou moins longtemps, mais elle est d'un pronostic fatal.

Si l'oblitération de l'urèthre ou des uretères arrive à s'établir complètement et qu'il y ait suppression totale de l'écoulement de l'urine, on voit apparaître rapidement le phénomène de l'*urémie*, qui peut se présenter sous ses différentes formes. Chopart (1) avait déjà vu un de ces malades mourir dans le délire après avoir passé trois jours sans uriner.

La néphrite aiguë débute quelquefois brusquement après une rétention aiguë, mais elle peut aussi se greffer sur une pyélo-néphrite chronique, dont elle précipite le dénouement. Quelquefois, on observe dans cette forme, comme signe prémonitoire, une certaine irrégularité du pouls, ou bien la maladie se manifeste d'emblée par un frisson de médiocre intensité; puis on observe une céphalalgie très accusée, la sécheresse de la langue, l'aridité de la bouche entravant la mastication et la déglutition, une inappétence absolue, la raucité de la voix, causée par la sécheresse de la partie supérieure des voies respiratoires; la fièvre reste continue avec des recrudescences passagères. Si la néphrite aiguë est primitive, la quantité d'urine ne subit pas de modifications notables, et si elle diminue dans les derniers jours, cela tient surtout à l'état général (Guyon).

Nous ferons remarquer ici que, dans les néphrites interstitielles secondaires, même avec une diminution considérable du volume des deux reins, c'est à dire avec une modification importante de la circulation rénale, on ne note guère les troubles cardiaques qui sont fréquents dans les cas de sclérose rénale primitive. L'hypertro-

---

(1) Chopart. — *Tr. des mal. des voies urinaires*. Ed. F. Pascal, 1821, t. I, p. 406.

phie du cœur n'accompagne que rarement la sclérose secondaire du rein, même quand celle-ci s'est développée lentement; et nous croyons qu'elle en est indépendante. Dans plusieurs faits de cancer utérin compliqué de sclérose rénale, nous avons trouvé un cœur peu volumineux, avec des reins très atrophiés; dans un cas, les deux reins pesaient 65 et 35 grammes, le cœur 240; dans un autre, les deux reins pesaient 55 et 30 grammes et le cœur 175. Ces faits peuvent servir à faire admettre que, dans la sclérose rénale primitive, les lésions du cœur et du rein se développent parallèlement sous l'influence d'une même cause. Si les affections secondaires du rein s'accompagnent rarement de lésions du myocarde, elles peuvent se compliquer d'affections aiguës du péricarde et de l'endocarde qui, pour passer souvent inaperçues, n'en jouent pas moins un rôle dans la terminaison fatale Nous revenons ailleurs sur ces lésions aiguës du cœur, qui sont peut être particulières aux sujets âgés (1).

Nous ne ferons que citer les complications en rapport avec la *propagation* qui détermine souvent des *péritonites partielles* du petit bassin, se traduisant par des douleurs localisées plus ou moins intenses et persistantes; il est exceptionnel qu'il se fasse une *perforation* à la suite de laquelle survienne brusquement les symptômes de la péritonite suraiguë. Il arrive plus souvent que les adhérences qui établissent des rapports anormaux avec un organe voisin dégénèrent elles-mêmes, et, lorsque la masse se ramollit et s'ulcère, une communication se trouve établie entre cet organe et la cavité vésicale. Les *fistules vésico-intestinales* déterminent souvent, lorsqu'elles sont un peu larges, deux phénomènes caractéristiques : une certaine quantité d'urine s'élimine par l'extrémité inférieure du tube digestif en produisant une irritation locale, variable avec les qualités de ce liquide, et qui arrive à constituer une diarrhée urinaire incoërcible et très pénible; en outre, des matières fécales et des gaz, suivant la même route en sens inverse, le ma-

(1) Ch. Féré. — *Contribution à l'étude des affections aiguës du cœur chez les vieillards.* (Mémoire inédit déposé pour le concours des internes, 1881).

lade constate la sortie par l'urèthre de vents et de matières fécales plus ou moins délayées et extrêmement fétides. Les *fistules vésico-vaginales*, facilement appréciables par le toucher et à l'aide du spéculum, permettent un écoulement continu de l'urine par le vagin, qu'il faut bien distinguer de l'incontinence véritable, et qui finit par provoquer une irritation plus ou moins considérable de la muqueuse du vagin et de la vulve, avec de l'œdème et des éruptions diverses.

Parmi les troubles à distance, en relation avec l'état général grave plutôt qu'avec la maladie elle-même, nous signalerons la tuméfaction inflammatoire de la parotide, que nous trouvons deux fois signalée (Galliard (1), Marchand), dans les derniers jours de la vie.

Marche.

Le cancer secondaire de la vessie n'a pas une marche propre, puisqu'il constitue une période de l'affection primitive qui domine généralement la scène.

Quant au cancer primitif, il a une marche généralement lente. Le fait que Byrom Bramwell a décrit sous le nom de cancer aigu se rapporte à un malade qui est mort en cinq semaines, mais il a succombé à une généralisation. Dans quelques autres cas, la mort paraît être survenue 8 à 9 mois après l'apparition des premiers accidents; d'autres fois, la maladie a une durée d'une longueur qui semble extraordinaire. Les tumeurs villeuses surtout peuvent avoir une durée considérable, et il n'y a guère que dans cette forme de tumeurs que l'on observe de longues rémissions, quelquefois de plusieurs années, qui peuvent faire croire à des guérisons. Fifield (2) a observé un de ces malades qui rendait des urines teintes depuis douze ans; Heim-Vœgtlin (de Zurich) (3) cite une malade qui avait eu sa première hématurie 27 ans avant de se présenter à son observation. Mais, il n'y a pas que les papillômes qui puissent permettre une

(1) Galliard. — *Bull. soc. anat.*, 1877, p. 371.

(2) Fifield. — *The Boston med. and. surg. journ.*, 1874, t. XC, p. 173.

(3) Heim-Vœgtlin. — *Correspondenz-Blatt für schweiger Aerzte*, 1879, p. 388 et suiv.

longue survie; Duchamp (1) a vu un homme mourir d'un encéphaloïde de la vessie après avoir pissé du sang pendant 7 ans; l'affection paraissaitt remonter à quatorze ans. Dans l'observation suivante, tirée du catalogue des pièces du Musée de l'hôpital Necker, on attribue au cancer une durée de 18 ans, mais le peu de renseignements cliniques fournis sur le malade permet de conserver des doutes.

Observation XVII. — Le nommé Lepage, 49 ans, entré le 11 novembre 1867, à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon — Début de la maladie, il y a 18 ans. A l'entrée : Rétention d'urine, cystalgie, diarrhée, vomissements.

Autopsie, faite le 5 février. — La vessie est pleine de sang fétide et présente un fongus qui offre les caractères suivants. Siège : bas-fond de la vessie et paroi latérale gauche. Forme d'un godet de 5 centimètres de diamètre. De la paroi latérale gauche s'élève une végétation longue de 5 centimètres, de forme ovoïde, flottante, libre par une de ses extrémités, et adhérant par l'autre au centre du godet formé par la masse principale. A côté de cette production, s'en élève une autre beaucoup plus étroite, irrégulière et lobulée. Couleur rouge. Consistance molle. Elle se déchire facilement. Canal de l'urèthre normal. Uretères : distendus par de l'urine. Rein gauche : il présente dans son parenchyme un grand nombre de petits abcès dont quelques-uns sont formés de pus collecté. Rein droit atrophié.

Examen microscopique du fongus, fait par M. Cornil. « La tumeur est très riche en suc. Celui-ci contient de « grandes cellules à formes variées, en raquettes, à prolon« gements multiples, à noyaux énormes et nucléoles bril« lants. C'est, par conséquent, un cancer encéphaloïde à « cet examen superficiel. Ces fongus de la vessie sont, en « général, hérissés à leur surface de productions papillaires « végétantes. »

Ces faits de longue durée du cancer de la vessie pourraient faire admettre l'hypothèse de la dégénérescence carcinomateuse d'une tumeur d'une structure d'abord toute différente. Mais, on peut dire que la durée moyenne de la maladie est de dix-huit mois à deux ans, autant qu'on en peut juger par le nombre relativement restreint

(1) Duchamp. — *Lyon médical*, 1876, t. XXI, p. 655.

de faits dans lesquels le début est fixé, au moins approximativement. Quelques faits bien étudiés indiquent que le papillôme peut avoir une durée beaucoup plus longue, mais il nous a paru impossible d'établir une proportion rigoureuse.

On peut dire que, neuf fois sur dix, les malades succombent aux troubles déterminés par les lésions rénales. En dehors de quelques cas de généralisation, la cachexie cancéreuse ne peut guère être établie (1). Dans un fait exceptionnel, Bryant (2) a cru pouvoir attribuer la terminaison fatale à la pyémie. Dans les autres cas, la mort est la conséquence de l'hématurie qui peut tuer directement par une anémie rapide, ou par un affaiblissement progressif dû à des pertes répétées, ou enfin par l'accumulation de caillots dans la vessie qui détermine une rétention brusque et complète, bientôt suivie d'urémie.

Diagnostic.

Le diagnostic du cancer vésical présente une véritable difficulté. Plusieurs auteurs récents et justement estimés ne lui reconnaissent aucun symptôme particulier ; cependant, il en est quelques-uns qui peuvent permettre de le distinguer. C'est d'abord le mode de production des hématuries qui sont spontanées, sans douleur, capricieuses, se montrent aussi bien après le repos qu'après l'exercice, sont quelquefois plus abondantes la nuit, et rentrent dans la catégorie des hématuries que M. Guyon appelle congestives ; on peut les voir, par exemple, augmenter sous l'influence de la constipation. Une fois établies, ces hématuries peuvent persister des semaines et des mois, quelquefois avec une suspension d'un jour ou deux, puis s'arrêter brusquement sans cause appréciable. Lorsque la maladie est arrivée à une période plus avancée, les caractères organoleptiques de l'urine peuvent encore fournir des renseignements précieux : quand l'urine a commencé à contenir du pus, elle en contient jusqu'à la fin, malgré le repos prolongé, puis elle prend

(1) Canuet. — *Bull. soc. anat.*, 1851, p. 404.
(2) Bryant. — *Med. Times and Gaz.*, 1874, t. II, p. 442.

une fétidité particulière, une odeur cadavéreuse ou de purin, avec une coloration d'un brun plus ou moins foncé suivant la quantité du sang contenu ; on y rencontre quelquefois des débris de tumeur et plus souvent des flocons fibrineux plus ou moins décolorés. Sans attacher trop d'importance à l'examen histologique des dépôts urinaires, dans lesquels on a quelquefois trouvé des cellules dites cancéreuses qui n'étaient peut-être que des cellules épithéliales de la vessie plus ou moins altérées ou même normales, on doit dire que l'étude des fragments volumineux rendus dans les efforts de miction ou détachés par la sonde, ou par le doigt (Heim-Vœgtlin) peut quelquefois donner un résultat décisif. Quant à l'examen chimique de l'urine, il n'a guère d'utilité qu'en montrant la nature des dépôts salins. Les douleurs lancinantes ou térébrantes particulières au cancer pourraient être d'un utile secours, mais elles manquent le plus souvent ; on ne peut pas compter non plus sur l'engorgement ganglionnaire ; aussi doit-on, dans tous les cas, recourir à l'exploration directe.

La palpation abdominale, employée seule, ne peut guère donner de résultats que lorsqu'on la pratique profondément ; l'exploration superficielle ne pourrait faire apprécier qu'une tumeur très volumineuse dans laquelle il faut toujours rechercher la fluctuation, car il est arrivé de confondre un encéphaloïde avec une rétention d'urine et de le ponctionner. C'est surtout lorsqu'elle est combinée avec le toucher vaginal ou le toucher rectal que la palpation abdominale peut fournir des renseignements utiles, pourvu que la tumeur ait un certain volume et que l'exploration soit faite, successivement, la vessie pleine et la vessie vide. Le toucher vaginal peut permettre de sentir une tumeur située au-dessus de la paroi antérieure du vagin, en avant de l'utérus, qui reste plus ou moins mobile, lisse, souple, et dont elle est séparée par un sillon à convexité antérieure ; dans le cas de cancer secondaire, au contraire, le col utérin est plus ou moins profondément ulcéré. Chez l'homme, le toucher rectal donne des renseignements analogues : il permet de sentir au-dessus de la prostate saine une tumeur résistante, quelquefois bosselée, etc. Le bas-fond épaissi de

la vessie pleine peut donner une sensation d'empâtement, mais en faisant pisser le malade, on reconnaîtra qu'il ne s'agit pas d'une tumeur. Le toucher rectal pourrait encore tromper lorsque la vessie, fortement hypertrophiée et vide, prend une consistance ferme, comme fibreuse, on évitera l'erreur en examinant la vessie pleine. Le toucher vaginal ou rectal, combiné avec la palpation abdominale, permettent d'apprécier le volume, la consistance, la forme de la tumeur ; mais, de ce que cet examen ne révèle pas l'existence d'une tumeur, il ne faut pas conclure trop vite qu'il n'y en a pas, car certains papillômes peu volumineux ne se révèlent que par un léger empâtement ou une douleur locale plus ou moins vive, déterminée par le toucher. Le toucher vésical chez la femme peut permettre de reconnaître non seulement la forme, le volume et la consistance du néoplasme, mais encore le lieu de son implantation, si elle est pédiculée ou non ; il peut même révéler quelquefois sa nature, puisque le doigt peut apprécier s'il s'agit d'une masse non pas seulement molle, mais constituée par un chevelu qui ne peut être que du papillôme, dont on peut du reste détacher des villosités ; si l'implantation repose sur une base indurée, etc. Heim-Vœgtlin a pu obtenir par le grattage des fragments suffisants pour établir qu'il avait affaire à un fibro-sarcôme, et Knowsley Thornton a publié une observation analogue (1). Quant au cathétérisme, quand il est possible, il peut faire reconnaître des irrégularités, des bosselures de la paroi, une saillie plus ou moins dure et inégale, quelquefois, il ramène des fragments qui permettent de préciser la nature de la tumeur (Rayer (2), Krabbel, etc.) ; mais, il ne faut pas oublier que c'est un procédé d'étude qui peut être dangereux. L'*examen endoscopique* n'a été que rarement mis en usage pour ce diagnostic, M. Desormeaux n'a jamais eu l'occasion de l'appliquer dans ces circonstances (3) et M. Le Dentu; qui

(1) Knowsley Thornton. — *Bristish medical journ.*, 1879, t. I, p. 820.

(2) Rayer. — *Bull. soc. anat.*, 1839, p. 164.

(3) *Communication orale.*

s'en est servi une fois, n'en a tiré aucun renseignement (1), ce qui n'est guère étonnant, car, dans cette affection où l'hématurie est si fréquente, on ne peut guère manœuvrer un instrument dans la vessie sans provoquer un saignement, s'il n'en existait pas déjà.

Plusieurs *affections rénales* peuvent faire errer le diagnostic. La *pyélo-néphrite* elle-même, cette complication si fréquente du cancer vésical, peut induire en erreur. Dans certains cas, elle peut paraître primitive, parce que la plupart des symptômes propres à la tumeur vésicale ont passé inaperçus et les phénomènes d'origine rénale sont les premiers qui aient frappé l'attention. Dans un cas semblable, Biett diagnostiqua une pyélo-néphrite calculeuse (2), et, à propos d'un autre fait de tumeur vasculaire, Bright, Key et Barlow (3) restèrent dans le doute jusqu'à l'autopsie.

Ce sont ces faits qui ont fait penser que les tumeurs de la vessie pouvaient ne déterminer aucun symptôme ; mais, le plus souvent, en cherchant bien, on pourra rencontrer quelque indice ; d'ailleurs, la pyélo-néphrite suppurative ne peut guère être que secondaire, et, s'il n'existe pas de symptômes de lithiase rénale, et si on ne trouve ni calcul, ni cystite, ni obstruction, ni inflammation de la prostate ou de l'urèthre susceptiblee de déterminer une pyélo-néphrite ascendante, il faudra redoubler d'attention et rechercher tous les signes qui peuvent révéler une tumeur vésicale.

D'autres fois, l'affection rénale, au lieu de dissimuler une lésion vésicale qui existe, en simule une qui n'existe pas. Brodie avait déjà appelé l'attention sur ce fait que certaines lésions rénales peuvent ne se manifester que par des douleurs de la vessie ou de l'urèthre, et Rayer cite des cas de Lowdel et de Howship où la pyélite déterminait des douleurs limitées exclusivement à la vessie.

---

(1) *Communication orale.*
(2) *Bull. soc. anat.*, 1831, p. 127.
(3) Barlow. — *Cases illustrative of the diagnosis of disease of Kidney*; *Guy's Hospital reports*, 1842, p. 2.

Parmi les affections des reins qui peuvent offrir quelque analogie avec celle qui nous occupe, nous citerons le *cancer du rein*. Car, si dans les cas typiques le cancer du rein est suffisamment caractérisé par la douleur locale, une tumeur de volume variable, mais dont le siège peut être facilement déterminé, donnant l'explication de l'hématurie et de la cachexie consécutive ; il arrive quelquefois que l'hématurie soit le seul symptôme pendant une assez longue période, et il faut alors en déterminer l'origine. L'hématurie du cancer du rein est souvent spontanée, mais elle peut aussi être provoquée par un traumatisme, un choc, une chute, un effort, une fatigue quelconque ; elle présente alors une certaine analogie avec celles qui sont produites par les calculs vésicaux, et, si, en même temps que l'hémorrhagie rénale, il existe de la douleur, c'est une douleur lombaire et non une douleur vésicale ou uréthrale ; en outre, l'hématurie du cancer du rein est transitoire et à répétition, et non de longue durée comme celle du cancer vésical. La teinte brunâtre de l'urine et son mélange intime avec le sang ne peuvent pas faire préjuger de l'origne rénale de l'hématurie (Guyon). La courte durée et la répétition des hématuries et le siège de la douleur, en l'absence de tout symptôme de pyélo-néphrite, pourraient donner la clef du diagnostic du cancer rénal, mais, il s'y joint de bonne heure un signe pathognomonique, la tumeur, qui même lorsqu'elle est peu considérable, est susceptible de déterminer des compressions vasculaires, des hydropisies ascendantes pouvant envahir le péritoine, le développement d'une circulation collatérale et la dilatation des veines superficielles de la paroi abdominale, tous signes bien capables de faire reconnaître l'origine rénale de l'affection.

Observation XVIII. — Le nommé Carn...., 51 ans. employé d'octroi, entre le 22 novembre 1880, dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker. Pas d'antécédents héréditaires ; pas d'affection antérieure des voies urinaires, jamais de blennorrhagie. Au mois de mars dernier, étant de garde de nuit, il venait de pisser sans douleur, comme d'habitude, lorsqu'il s'aperçut que sa chemise, était tachée de sang ; il rendit à trois mictions successives un liquide

fortement coloré, puis les urines redevinrent claires. Le 29 juillet, il pissa du sang de nouveau, l'hématurie se produisit à toutes les mictions pendant deux jours, disparut pendant 3 jours, et, jusqu'au 15 août, il y eut de ces alternatives. Du 15 août jusqu'au 25 septembre, les urines restèrent limpides; alors elles redeviennent sanguinolentes pendant 3 ou 4 mictions successives. Le 29 octobre, il eut une rétention d'urine. On le sonda, il rendit ensuite un caillot vermiculaire décoloré, ses urines restèrent teintes pendant quelques jours.

C'est seulement depuis qu'il a eu sa première hématurie qu'il s'aperçoit qu'il a une douleur dans les reins. Ces douleurs, qui sont localisées dans la région lombaire du côté gauche, n'apparaissent guère qu'au moment des hématuries, elles sont cependant quelquefois provoqués par les mouvements violents. Vers le milieu d'octobre, il s'aperçut par hasard que son scrotum, du côté gauche, grossissait et lui semblait plus lourd que de coutume.

Au moment de son entrée, il avait été repris d'hématuries et de douleurs rénales présentant les mêmes caractères que précédemment. La palpation de la région lombaire gauche est douloureuse; lorsqu'on applique fortement une main en arrière, entre les côtes et la crête iliaque gauches, et que de l'autre main on déprime fortement la paroi abdominale en avant, on saisit une tumeur rénitente qui a bien près du volume des deux poings; cette tumeur est immobile. Le scrotum du côté gauche est bien double de l'autre, on sent tout le long du cordon et presqu'au fond du scrotum des cordons enlacés qui ont presque le volume d'une plume de corbeau. L'état général est resté assez bon, bon appétit, mais teinte pâle, un peu jaunâtre.

3 *décembre*. Le malade s'est peu levé depuis son entrée; plus de sang dans l'urine.

4 *décembre*. Il s'est levé un peu davantage, douleur lombaire avec irradiation vers l'angle de l'omoplate; hématurie la nuit pendant 3 mictions. Ce matin, les urines sont claires.

5 *décembre*. Hier soir, difficulté d'uriner, expulsion d'un caillot, urines sanglantes toute la nuit. Suspension de l'hématurie, de 4 heures du matin à 4 heures du soir.

6 *décembre*. Depuis hier soir, difficulté d'uriner. Caillots,

7 *décembre*. Urines claires. Ces alternances se sont continuées jusqu'à la fin de décembre, puis les hématuries ont cessé et le malade est sorti à la fin de janvier.

Cette observation montre bien le type des séries d'hé-

maturies de courte durée qui sont particulières au cancer rénal ; on y trouve, en outre, un phénomène particulier qui est tout à fait caractéristique quand il existe, le *varicocèle symptomatique* décrit pour la première fois par M. Guyon dans son traité (1). Ce varicocèle par compression de la veine spermatique est ordinairement constaté par hasard, quelquefois à la suite d'un traumatisme léger, et il peut acquérir des proportions considérables ; M. Guyon nous en a cité un qui avait le volume des deux poings. Ce varicocèle se développe quelquefois longtemps avant que la tumeur rénale ait été découverte, comme on peut le voir dans l'observation suivante, que nous rapportons avec la rédaction du malade lui-même.

Observation XIX. — « C'est au mois d'août 1879 que ma maladie se manifesta pour la première fois : je fus très étonné de voir du sang dans mon urine, j'en rendis pendant quatre jours en petite quantité et sans aucune douleur. Jusqu'à la fin de décembre, le sang disparut complètement, malgré des exercices violents pendant la chasse. Je fus repris plus sérieusement à la fin de décembre : jusqu'à la fin d'avril j'urinai du sang à peu près régulièrement deux ou trois fois par semaine. Parfois, j'obtenais un peu de tranquillité pendant 8 ou 10 jours, à force de repos ; je puis dire que j'ai à peu près cessé de marcher depuis le mois de février 1880. C'est vers le mois de mars que je m'aperçus que j'avais un varicocèle du côté gauche. C'est à partir de cette époque que je commençai à éprouver presque constamment une sorte d'endolorissement, qui se produit surtout quand je suis debout et ne m'a pas quitté depuis cette époque.

« Vers le mois de mai ou juin 1880, l'hématurie s'aggrava ; elle devint plus abondante, et il se forma plusieurs fois dans ma vessie des caillots qui m'empêchaient d'uriner pendant 24 heures autrement que couché sur le dos, et il y avait toujours du sang, tandis qu'auparavant, je n'en rendais qu'une ou deux fois par jour, en temps de crise.

« Vers le commencement d'août, je me trouvai mieux, et je partis pour le bord de la mer. Deux ou trois jours après mon arrivée à Villiers-sur-Mer, l'hématurie reparut assez

(1) F. Guyon. — *Traité clinique des maladies des voies urinaires.*

intense, et l'endolorissement que j'éprouve au côté gauche, et qui avait presque disparu, se manifesta de nouveau avec plus d'intensité que précédemment. Enfin, au bout de 10 jours, je fus pris d'une crise extrêmement violente ; pendant cinq jours, je ne cessai de rendre du sang en grande abondance toutes les fois que j'urinais, et ma vessie fut constamment pleine de caillots. J'eus alors des douleurs très violentes au flanc gauche, assez vives pour provoquer des vomissements.

« Je revins à Paris : mais, depuis lors, l'hématurie continua malgré que je m'astreignisse au repos le plus absolu, avec des intervalles de 3, 4 et 5 jours, mais presque toujours abondante au point de fournir des caillots qui n'étaient rendus qu'au bout de 48 heures. L'hématurie durait toujours 24 heures à chaque crise.

« L'hématurie cessa pendant une maladie fébrile (peut-être une fièvre typhoïde ?

« A la suite, c'est-à-dire depuis le commencement de janvier 1881 jusqu'au 12 février, l'hématurie ne cessa pas un jour, pas une heure. Depuis le 12 jusqu'au 27, elle disparut presque complètement. Il est à noter toutefois que, même lorsque l'urine paraît très claire, il s'y forme encore, lorsqu'elle repose, de petits nuages plus ou moins légers qui révèlent la présence du sang.

« Au reste, ma santé générale n'est pas altérée : jamais, sauf à Villiers, mon appétit, ni mon sommeil n'en ont souffert, et l'hématurie permanente que j'ai eue pendant la convalescence de ma fièvre typhoïde ne m'a pas empêché de me rétablir. »

Ce malade avait déjà été examiné plusieurs fois par M. Guyon, qui nous écrit : « C'est le premier mars 1881, que je constate pour la première fois une tumeur du rein gauche. Elle est volumineuse et bosselée : pour la trouver, il faut pénétrer sous l'hypochondre ou mettre le malade sur le côté droit. L'examen rectal et hypogastrique continue à être complètement négatif. »

Quant à la *lithiase rénale*, les hématuries qu'elle détermine sont généralement passagères et coïncident avec les accès douloureux qui caractérisent les coliques néphrétiques, ou les suivent de près. On peut observer la coïncidence de la gravelle rénale et d'une tumeur vésicale, mais les caractères de l'hématurie et les signes fournis par l'urine et par l'exploration locale permettront généralement de faire la part des deux affections

Certaines *affections de la prostate* peuvent aussi donner le change.

L'*hypertrophie* simple constitue quelquefois de véritables tumeurs, tellement bien limitées, que Bartholin (1) a pu les comparer à des testicules faisant saillie dans la cavité de la vessie ; mais, outre l'apparence de tumeur intra-vésicale qui ne peut être révélée que par le cathétérisme, elle détermine fréquemment des troubles de la miction que les affections cancéreuses de la vessie peuvent quelquefois rappeler. Le principal symptôme de l'hypertrophie de la prostate est la fréquence de la miction qui est plus répétée et plus impérieuse la nuit que le jour (Mercier), pendant le repos que pendant l'exercice, et, en outre, la rétention d'urine avec distension ; ce ne sont pas des symptômes communs dans le cancer de la vessie. En outre, l'hématurie spontanée est très rare dans l'hypertrophie de la prostate ; Touplain (2) dit même qu'elle n'existe pas ; Zambianchi (3) la passe sous silence, et, celles de ses observations où on la trouve notée, se sont rencontrées sur des sujets qui ont présenté en même temps à l'autopsie des fongosités ou des ulcérations vésicales. Sur 130 observations d'hypertrophie de la prostate, nous n'en avons trouvé qu'une douzaine dans lesquelles l'hématurie, transitoire d'ailleurs, n'ait pas été provoquée ; mais il s'agit de faits sans autopsie, on peut donc se demander s'il n'existaît point d'autre lésion que celle de la prostate. Un malade que nous avons observé récemment pissait surtout du sang le matin, le sang n'était rendu qu'au commencement et à la fin de la miction, sans teindre l'urine, et l'hématurie offrait des exaspérations mensuelles assez régulières et analogues à celles des flux hémorrhoïdaux. D'ailleurs, si les troubles fonctionnels ne suffisent pas à caractériser nettement la maladie, l'examen direct ne tardera pas à lever tous les doutes, le toucher rectal surtout montrera

---

(1) Bartholin. — *Historiarum anatomicarum rariorum centuriæ.* Amstelodami, 1659, Cent. II, H. LII, p. 241.

(2) Touplain. — *De l'hypertrophie de la prostate et de son traitement.* Thèse de Paris, 1872, p. 25.

(3) Zambianchi. — *Contrib. à l'étude de l'hypertrophie de la prostate.* Thèse de Paris, 1875.

l'augmentation du volume de la prostate et l'absence de tumeur, d'empâtement ou de douleur localisée au niveau de la vessie, qui reste souple. Un malade que nous avons vu dans le service de M. Guyon, aurait pu prêter à l'erreur, parce qu'il présentait en même temps, qu'une hypertrophie, une collection purulente, au niveau du bas-fond de la vessie, formant une masse molle dans laquelle on ne sentait point de fluctuation.

Certaines *tumeurs de la prostate*, comme les myômes, les fibrômes, qui sont d'ailleurs assez rares, peuvent déterminer accidentellement une hématurie passagère, mais elles se trahissent surtout par des symptômes d'obstruction, et, au point de vue des signes locaux, elles présentent une grande analogie avec le *cancer de la prostate* qui n'a point encore envahi la vessie. Mais, le cancer prostatique se révèle ordinairement tout d'abord par des troubles de la miction, par déviation ou aplatissement du canal uréthral ; la dysurie et la rétention d'urine apparaissent généralement avant l'hématurie. Le toucher rectal permet de reconnaître que la prostate est irrégulièrement augmentée de volume, ou présente des bosselures de consistance inégale lorsqu'il s'agit d'un cancer qui se ramollit déjà partiellement; en outre, le cathétérisme montre une déformation du canal prostatique qu'il est quelquefois impossible de franchir. Lorsque le cancer s'est propagé à la vessie, il peut déterminer des symptômes identiques à ceux du cancer primitif, dont on ne peut guère le distinguer que par le toucher et le cathétérisme; mais, le cancer de la prostate, en raison des connexions de l'organe, a plus de tendance à se propager au rectum et à déterminer des engorgements ganglionnaires soit dans l'aine, soit dans la fosse iliaque.

Observation XX. — Le nommé Pra..., âgé de 57 ans, entre le 15 janvier 1877 dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker.

A eu autrefois deux chaudepisses ; jamais d'accidents jusqu'à il y a treize mois. A cette époque, lenteur de la miction, sans fréquence ni douleur. Jamais n'a eu d'hématuries (5 à 6 mictions par jour, 1 litre 1/2 à 2 litres). — La

sonde, depuis 4 mois, a fait rendre quelques graviers. Pas de rétrécissements, ni de calcul vésical. Un peu de pus sur la boule de l'explorateur. Prostate grosse et bosselée. Vessie dilatée.

18 *janvier*. Urines troubles, rougeâtres, avec dépôt abondant.

22 *janvier*. Au pli de l'aine droite, ganglions durs, gros, glissant sous le doigt. Ganglions iliaques pris à droite et à gauche. Le malade se sonde chaque jour.

Au commencement de février, urines un peu plus claires.

12 *février*. Les tumeurs ont grossi (prostate, ganglions). Perforation du rectum. Urine passant par l'anus.

15 *février*. Le malade est pris d'un ictère intense qui se généralise en 36 heures.

20 *février*. Ictère très foncé, sans élévation de la température; somnolence permanente; adynamie profonde.

22 *février*. Mort.

Autopsie. — Noyaux cancéreux dans le foie, peu augmenté de volume.

Organes génito-urinaires. — *Reins* congestionnés, sans noyaux cancéreux.

Vessie. Intacte dans les 2/3 supérieurs, sauf un peu d'inflammation chronique et d'hypertrophie. Destruction complète de la partie prostatique, de l'urèthre et du col de la vessie avec perforation complète du rectum. Les ganglions vaginaux et iliaques sont indurés et forment une masse bosselée, dure, sans suppuration. Le pubis, ses branches ascendantes sont ramollies et friables. Le périoste, épaissi et décollé çà et là, est entouré en certains points d'une sanie rougeâtre, épaisse, venant soit du tissu spongieux des os envahis, soit du lieu même des destructions cancéreuses. Le canal, presque rompu dans sa continuité au niveau de sa partie membraneuse, est sain dans le reste de son étendue. (Pièce préparée par M. Pauffard).

Les phénomènes de compression, les œdèmes, les névralgies sont aussi assez fréquents dans le cancer prostatique, tandis qu'ils sont exceptionnels dans le cancer de la vessie ; mais, notons que si le cancer de la vessie n'envahit peut-être jamais la prostate, le cancer de la prostate s'étend très fréquemment à la vessie, et il présente une période qu'on pourrait appeler vésicale et pendant laquelle il serait plus facilement confondu avec la maladie qui nous occupe, et l'exploration doit être faite avec le plus grand soin pour éviter l'erreur.

Certaines *tumeurs polypiformes de la région prostatique* de l'urèthre peuvent pénétrer dans la vessie, et provoquer de la rétention d'urine, et, accidentellement, de l'hématurie (1) peu abondante et transitoire, mais c'est là que se borne la ressemblance avec les tumeurs vésicales qui nous occupent.

Chez la femme, les *polypes de l'urèthre*, les végétations dites hémorrhoïdales du méat (2), qui peuvent d'ailleurs coïncider avec le cancer de la vessie (3), produisent quelques troubles de la miction qui permettent de douter un instant ; ils déterminent des besoins fréquents d'uriner; la miction est quelquefois douloureuse, cuisante, le jet peut s'arrêter subitement, et enfin il arrive souvent que le linge soit plus ou moins maculé de sang ; mais les urines sont rarement teintes de sang, les malades ne s'aperçoivent du saignemeut qu'en s'essuyant. On trouve du reste le méat saillant, on provoque de la douleur en comprimant l'urèthre contre le pubis avec le doigt introduit dans levagin, et, quelquefois, on sent ce conduit épaissi ou noueux ; on apprécie facilement leur présence par l'examen direct ; si elles sont situées profondément, il faut se servir d'un stylet pour les découvrir.

Plusieurs *tumeurs développées au voisinage de la vessie* peuvent aussi faire errer le diagnoctic ; nous allons les passer en revue, au moins à titre de renseignements. Nous laisserons de côté les tumeurs osseuses ou cartilagineuses du bassin et les anévrysmes de la cavité pelvienne, qui peuvent cependant quelquefois provoquer des troubles de la miction (4) ; notons cependant qu'il peut arriver que l'enchondrome du bassin envahisse la vessie (5).

---

(1) Lallement. — *Mém. de la Soc. de méd. de Nancy*, 1878-79, p. 12.

(2) Dupin. — *Essai sur les végétations hémorrhoïdales de l'urèthre chez la femme*. Thèse de Paris, 1873.

(3) Amussat. — *Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XXI, p. 629.

(4) A. Després. — *Diagnostic des Tumeurs*. Thèse d'agrég. Paris, 1868, p. 314.

(5) Landeta. — *Bull. soc. anat.*, 1861, p. 191.

Pelletan (1) mentionne le fait intéressant d'une tumeur fibreuse développée entre le vagin et la vessie, sans adhérence avec cette dernière, et ne produisant qu'une simple difficulté pour uriner.

On a rencontré des *kystes*, ordinairement *hydatiques*, situés entre le rectum et la vessie repoussée en haut (2), et pouvant déterminer la rétention d'urine (3) ou une difficulté de la miction, des douleurs abdominales et même un peu d'hématurie (4) ; mais, ces sortes de tumeurs, qui ne donnent quelquefois qu'une fluctuation vague par le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal ou rectal, n'offrent aucun des caractère spéciaux du cancer vésical et il est facile de les en distinguer par un examen méthodique. Citons pourtant un fait de Habershon (5) où il existait, en même temps qu'un kyste péri-vésical, un cancer du pylore qui pouvait favoriser une erreur.

Les kystes dits *folliculaires*, car leur origine n'est pas du bas-fond de la vessie, restent généralement petits ; cependant, Laboulbène (6) en a signalé d'assez volumineux, qui pourraient donner lieu aux mêmes considérations.

Les kystes qui se développent à ce niveau aux dépens des canaux de Müller incomplètement oblitérés, des corps de Wolff, des utricules prostatiques dilatés, des diverticules, des vésicules séminales (7) sont peu considérables en général et ne déterminent pas de symptômes. Ralfe (8) signale cependant un fait dans lequel un

(1) Pelletan. — *Clinique chirurgicale*. 1810, t. I, p. 224.

(2) Charcot et Davaine. — *Mém. de la soc. de Biologie*, 1857, 2e série, t. IV, p. 103.

(3) Bryant. — *Trans. of the path. soc. of London*. 1865, p. 140.

(4) Mallez. — In Planty-Mauxion : *Des Kystes de la prostate*. Thèse de Paris, 1878, p. 21.

(5) Habershon. — *Trans. of the path. soc. of London*. 1860, t. XI, p. 155.

(6) Laboulbène. — *Nouv. élém. d'anat. path. descript. et histol.* 1879, p. 778.

(7) English. — *Ueber Cysten an der hinteren Blasenwand bei Mannern* ; in *Centralblatt für die mediscinischen wissenchaften*. 1874, p. 794.

(8) Ralfe. — *The Lancet*. 1876, t. II, p. 782.

kyste, développé aux dépens de la vésicule séminale gauche, venait faire saillie derrière le pubis.

On aurait pu observer l'incrustation calcaire des parois de certains kystes, c'est ainsi que Boyer parle d'un kyste osseux développé dans les parois de la vessie et offrant à la sonde une sensation tellement semblable à celle de la pierre, que le malade fut soumis à l'opération.

Portal (1) signale l'existence de tumeurs stéatomateuses, pleines d'une tumeur blanchâtre, concrète comme du suif, granuleuse ou filamenteuse ; Schäffer, Ludwig, Schwertner auraient vu des cas analogues, au dire de Gross. Ces sortes de tumeurs semblent n'être autre chose que des kystes dermoïdes dont l'existence dans les parois de la vessie peut bien être admise, d'après une pièce que nous avons pu examiner au Musée de l'Ecole de médecine de Rouen, et où on voit une petite tumeur pédiculée à la base de laquelle est implantée une dent; M. Magitot (2), qui a eu connaissance de cette pièce, attribue ce fait probablement unique à « un phénomène direct de production d'un cordon folliculaire émanant de la couche épithéliale de la muqueuse vésicale elle-même. » (?)

Quelques affections de la vessie peuvent encore être confondus avec le cancer. La *cystite tuberculeuse*, par exemple, peut déterminer des hématuries spontanées et sans douleur au début ; mais, l'âge des sujets est moins avancé en général, et, le plus souvent, la tuberculisation atteint en même temps les voies génitales et l'examen des épididymes, des vésicules séminales et de la prostate fera le diagnostic. D'ailleurs, lorsque la tuberculisation vésicale existe seule, elle se distingue encore parce que les hématuries sont rarement abondantes, ne se présentent pas à toutes les mictions, et tendent à diminuer; et, en outre, les douleurs de la miction s'ajoutent bientôt à l'hématurie (Guyon), tandis que, dans le

(1) Portal. — *Anatomie médicale*, 1803, t. V, p. 410.
(2) Magitot. — *Tr. des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères*. 1877, p. 134.

cancer, la douleur ne se manifeste que tardivement et quelquefois jamais.

Civiale pense que l'on peut confondre avec un épaississement partiel de la vessie, mais il ne définit guère ce que peut être un épaississement partiel non cancéreux et quels symptômes il peut déterminer. Les épaississements d'origine inflammatoire, les plaques indurées, cartilagineuses, etc., décrits par les auteurs, ont trait à faits trop peu précis, pour que nous soyons tenus de chercher à les distinguer du cancer vésical Mais, à propos des indurations cartilagineuses, nous citerons un fait de transformation cartilagineuse complète des parois de la vessie, qui contenait une substance gélatineuse avec flocons blanchâtres renfermant des cellules cartilagineuses à tous les degrés de formation (1), qui auraient pu faire établir le diagnostic sur le vivant.

Une des affections qui prêtent le plus à la confusion est certainement la *pierre*. Les anciens signalent bien cette cause d'erreur, Zacutus Lusitanus, par exemple (2), rapporte un fait dans lequel on avait diagnostiqué un calcul et où on trouva une tumeur dure résistant au rasoir ; mais ils ne donnent point le moyen d'établir la distinction. Au commencement du siècle, les symptômes fonctionnels paraissaient encore si peu caractéristiques que B. Bell (3) déclarait qu'il n'y avait que l'excrétion de graviers qui pût permettre de faire le diagnostic; nous savons du reste, maintenant, que ce signe n'a aucune valeur parce que les graviers peuvent être secondaires ; mais, on ne doit pas s'étonner qu'on ait proposé la taille dans des cas de cancer (4).

Les calculs vésicaux déterminent des troubles de la miction, quelquefois de l'incontinence ou de la rétention, des hématuries qui peuvent se prolonger, des phénomènes de cystite avec dysurie et émission d'urines troubles, des

---

(1) Ordonnez. — *Gaz. médicale de Paris*, 1856, p. 624.

(2) Zacutus Lusitanus. — *De praxi medica admerandon*. Lugd. MDCXLIII, libr. II, obs. LXXI, p. 58.

(3) B. Bell. — *Cours complet de chirurgie*, trad. Bosquillon. An IV, t. II, p. 7.

(4) Travers. — *The Lancet*. 1826, 2e éd., t. III, IV, p. 179.

symptômes de pyélo-néphrite, et le toucher vaginal ou rectal peut donner la sensation d'une grosseur. Mais, s'il existe de la rétention ou de l'incontinence, elles ne sont ordinairement que momentanées ; les hématuries, au lieu d'être spontanées et capricieuses, sans douleur comme celles du cancer, sont le plus souvent déterminées par l'exercice et cessent par le repos, elles sont moins durables et s'accompagnent souvent de douleurs. Les symptômes d'irritation vésicale sont beaucoup plus marqués le jour que la nuit, et, lorsqu'il existe des troubles de cystite, ils sont souvent rapidement amendés par le repos ; ainsi, un calculeux qui, vivant de la vie ordinaire, rend des urines purulentes, épaisses et visqueuses, peut, pour ainsi dire, du jour au lendemain, sous l'influence du repos, rendre des urines absolument limpides. Cette réaction indique bien qu'il s'agissait d'une *cystite traumatique* provoquée par un corps étranger ordinairement mobile, qui devient fixe dans le décubitus et par conséquent moins irritant ; dans le cancer, au contraire, la cause d'irritation persiste toujours et on a affaire à une *cystite organique* qui ne rètrocède pas, même sous l'influence du repos absolu et prolongé. Ces caractères suffisent ordinairement, abstraction faite même des notions étiologiques, de l'état constitutionnel, des coliques néphrétiques etc., pour différencier la pierre ; mais, le cathétérisme est souverain pour vider la question ; la sonde permet de reconnaître dans la vessie un corps inorganique, dur, sonore dans toutes ses parties, et mobile dans la cavité. Des pierres enduites de mucosités ou de sang empêchant le contact immédiat, des pierres enchatonnées pourraient en imposer un instant, mais un examen méthodique et prolongé permet en général de lever tous les doutes. Cependant, une tumeur vésicale peut déterminer la formation de dépôts calcaires qui restent souvent à l'état de boue ou de graviers, et qui peuvent former à la surface de la tumeur des plaques calcaires qui s'offrent même immdiatement au contact de la sonde (Solly (1), obs. III). Mais quand on sent que dans une région limitée, d'autres fois elles forment une sorte de coque (Monta-

(1) Solly. — *Trans. of the path. soc. of London.* 1850, t. II, p. 237.

gnon (1), Gross (2), etc.) et ne peuvent se distinguer que par l'immobilité de la masse. Post (3) rapporte le cas d'un homme de 50 ans chez lequel on avait diagnostiqué une pierre par le cathétérisme, on en brisa une partie avec le lithrotribe, puis on fit la taille parce qu'on croyait le calcul enchatonné, mais on ne put l'enlever ; à l'autopsie, on reconnut une tumeur maligne avec incrustation. Civiale (4) avait déjà cité plusieurs faits de ce genre, et il croyait à l'impossibilité du diagnostic. D'autres fois, il existe en même temps que la tumeur des calculs secondaires ; le diagnostic est alors assez complexe. Si l'on ne peut avoir des notions précises sur l'état antérieur du malade, il est à craindre qu'on ne trouve que la pierre et que ce ne soit que par la persistance des accidents, après sa destruction, que l'on découvre la tumeur ; si on est guidé par la marche, par les caractères des hématuries du début en particulier, on pourra par un examen méthodique et complet reconnaître les deux maladies. Il faut d'ailleurs se rappeler que la gravelle urique peut coïncider avec le cancer, et qu'il n'est pas impossible que l'on rencontre en même temps un calcul primitif et un cancer vésical sur le même sujet.

L'existence des *varices* ou *hémorrhoïdes vésicales* a été et est encore contestée. Cœlius Aurélianus (5) leur avait attribué des hématuries pouvant être succédanées du flux des hémorrhoïdes rectales ; Bonet (6) en avait vu sur un sujet qui avait présenté des symptômes de pierre ; Morgagni (7) et Chopart (8) en avaient cité aussi des exemples qui avaient paru sujets à caution. Cependant, il existe quelques descriptions anatomiques particulière-

(1) Chopart. — *Tr. des mal. des voies urinaires*, t. II, p. 79.
(2) Gross. — *Med. chir. review.*, new séries, t. XXII, p. 33.
(3) Post. — *New-Yorck méd. journ.*, t. XXIII, 1876, p. 229.
(4) Civiale. — *Tr. prat. des mal. des organes génito-urinaires*. 1860, t. III, p. 121.
(5) Cœlius Aurelianus. — *Chronion* ; lib. 5, cap. 4.
(6) Bonet. — *Sepulchretum*, lib. 3, sect. 25, p. 263.
(7) Morgagni. — *De sedibus et causis*, etc. ; ép. VII, art. 2 ; X, 13 ; XXIX 12, 34, 36, t. XLVIII, p. 34.
(8) Chopart. — *Tr. des mal. des voies urinaires*. Ed. F. P., t. II, p. 45.

ment intéressantes à noter. Triquet (1) rapporte une autopsie faite dans le service de Denonvilliers, et où on trouva des cordons noueux, du volume d'une plume, entrecroisés en tous sens, et formés par des vaisseaux, dont les tuniques étaient triplées d'épaisseur ; il existait en outre auprès du col une énorme dilatation variqueuse du volume d'une noisette, et ces lésions coïncidaient avec des hémorrhoïdes rectales. Ce fait, d'ailleurs très probant, n'est pas le seul qui puisse servir à établir l'existence de dilatations vasculaires de la vessie coincidant avec des hémorrhoïdes rectales. H. Baraduc (2) rapporte un fait dans lequel on voyait des varices répandues sur toute la partie inférieure de la vessie, qui était hérissée de mamelons bleuâtres. Du reste, il faut bien convenir que la constatation des dilatations veineuses de la vessie présente la même difficulté que celle des hémorrhoïdes rectales ; les vaisseaux s'affaissent après la mort, et on ne trouve rien sur le cadavre, sauf dans quelques cas exceptionnels où ils restent gorgés de sang et apparaissent à l'état de distension, ou encore lorsque leurs parois sont épaissies. La rareté des faits bien caractéristiques explique comment, avec Richerand, Shaw, etc., Civiale a pu les révoquer en doute. Un seul fait comme celui de Triquet, décrit sans idée préconçue, suffirait à établir leur existence, mais il reste encore à déterminer si ces dilatations sont susceptibles de se rompre. Laugier (3) a observé un malade qui fut pris tout à coup d'une hématurie extrêmement abondante ; la vessie était distendue et l'hémorrhagie avait lieu par regorgement ; le cathétérisme ne fit constater aucune lésion appréciable ; le malade finit par succomber aux hématuries ; et, à l'autopsie, on trouva au col de la vessie des veines variqueuses dont l'une était ulcérée et largement ouverte. M. Guyon (4) a aussi montré à la Société anatomique une rupture d'hémorrhoïde vésicale ayant donné lieu à une hématurie également suivie de

---

(1) Triquet. — *Des causes de la rétention d'urine considérée particulièrement chez les vieillards.* Thèse de Paris, 1851, p. 9.
(2) Baraduc. — *Des varices vésicales en rapport avec les hémorrhoïdes chez l'homme.* Br. in-8°, 1877.
(3) Laugier. — *Gaz des hôpitaux*, 1854, p. 321.
(4) Guyon. — *Bull. soc. anat.*, 1854, p. 292.

mort ; dans le cas de Baraduc il y avait aussi des perforations. Dans quelles conditions est-on en droit de soupçonner des hémorrhoïdes vésicales ? Boyer pensait qu'on pouvait les rencontrer chez les jeunes gens qui abusent du vin et des femmes, chez les blennorrhagiques; mais, il est plus probable que les phénomènes qu'il a attribués aux varices appartenaient à la cystite. Ordinairement, ces dilatations vasculaires se présenteraient chez des sujets déjà avancés en âge (1) et coïncideraient quelquefois avec des lésions chroniques de la vessie, avec des calculs, ou encore seraient associées à des lésions prostatiques amenant une gêne de la circulation veineuse ; ce mécanisme explique comment elles peuvent encore être déterminées par la rétroversion de l'utérus (2), ou même par la présence d'un pessaire (Heim-Vœrgtlin). Elles pourraient avoir des liens de parenté avec certaines diathèses, le rhumatisme (3), l'arthrite. Ni Garrod (4), ni Todd (5), n'ont signalé l'hématurie liée à la goutte, quoique un certain nombre d'auteurs aient rattaché quelques hémorrhagies vésicales à cette cause, qu'on pourra peut-être incriminer par analogie, puisque les hémorrhoïdes rectales ont été regardées comme une manière d'être de la goutte larvée (6) et que les hémorrhoïdes vésicales coincident quelquefois avec elles et paraissent une affection du même ordre. M. Simonet, médecin de l'hôpital du Midi, qui a plusieurs fois observé des hémorragies vésicales chez des hémorrhoïdaires, a remarqué que, souvent, ces sujets étaient atteints

(1) Duclos. — *Note sur les varices du col de la vessie chez l'homme et sur le trait. de la rétention d'urine qui en est la conséquence par la sonde à demeure*, in *Bull.gén. de Thérap.*, 1864, p. 494.

(2) Vœgstin. — *Corr. Bl. für schw. aerste.* — *Allg. Wiener med. Zeitung.* — *The Cincinnati Lancet and clinic*, 1879, New séries, t. III, p. 398.

(3) A. Mercier. — *Anat. et phys. de la vessie au point de vue chirurgical.* Br. in-8°, 1872, p. 40.

(4) Garod. — *Traité de la goutte.* Ed. Charcot-Ollivier, 1867, p. 571.

(5) Todd. — *Clinical lecture on cases in which pus is found in the urine, and gout as it affects the bladder*, in *Med. Times and gaz.*, 1853, t. I, p. 539.

(6) Trousseau. — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 4e éd., t. III, p. 366.

de varicocèle et il a rattaché à des phénomènes congestionnels du même ordre, se passant dans les vésicules séminales, une éjaculation sanguinolente chez un autre hémorrhoïdaire (1). Baraduc a encore noté la coïncidence des hémorrhoïdes vésicales avec les varices du membre inférieur On a pu croire que ces dilatations étaient plus particulières à certains individus et à certaines races ; ainsi, Gavard (2) dit « qu'il arrive quelquefois, surtout chez les habitants de l'Inde, que les veines du col de la vessie deviennent variqueuses et produisent un pissement du sang », mais il ne s'appuie sur aucune observaion directe, et son dire n'est en somme qu'une opinion théorique sur la pathogénie des hématuries des pays chauds.

Les principaux symptômes attribués aux hémorrhoïdes vésicales sont la dysurie, la rétention d'urine et l'hématurie. La dysurie et la rétention d'urine débuteraient ordinairement d'une manière brusque, tantôt à la suite d'excès vénériens ou de libations trop copieuses, tantôt sans motif apparent. J. L. Petit (3) pense que les dilatations variqueuses de la vessie sont capables de produire la rétention d'urine, mais les hémorrhoïdes rectales pourraient l'amener aussi par compression ; il semble du reste admettre que les varices vésicales peuvent se développer consécutivement aux hémorrhoïdes rectales, de proche en proche. Cette rétention complète ou incomplète pourrait disparaître à l'établissement d'un flux anal, ou cesser brusquement après une hématurie. L'hématurie des varices vésicales peut débuter de plusieurs façons : tantôt le pissement de sang est spontané et brusque, le sang vient pur, en plus ou moins grande quantité, quelquefois sans douleurs, d'autres fois avec des épreintes ou des douleurs intolérables ; tantôt l'hématurie se produit à la suite d'un effort. S'il y avait rétention d'urine au moment où la rupture vasculaire s'est produite, où même sans cela, le sang peut s'accumuler dans la vessie et s'y coaguler en masse. L'hémorrhagie peut être assez abondante pour tuer le malade du coup, si surtout il est

---

(1) Communication orale.
(2) Gavard. — *Traité de splanchnologie*, 3e Ed., 1809, p. 468.
(3) J.-L. Petit. — *Œuvres complètes*, 1837, p. 764.

déjà affaibli par une autre cause, comme celui de M. Guyon ; dans d'autres cas, la mort pourrait arriver plus tard par le fait de la résorption urineuse au niveau de la plaie vasculaire. Si les hémorrhoïdes vésicales coïncident avec des hémorrhoïdes rectales, l'hématurie peut cesser brusquement lorsqu'un flux anal s'établit. Detharding et Knandt (1) avaient déjà noté que la première hémorrhagie pouvait être supplémentaire de la seconde, et Quarin, cité par Baraduc, rapporte qu'un moine accoutumé à un flux anal salutaire, fut pris après un excès de boisson d'un pissement de sang rebelle ; pour rappeler les hémorrhoïdes, il le fit asseoir sur un bassin d'eau chaude, ponctionna les hémorrhoïdes et le malade fut guéri.

En somme, si on doit admettre l'existence des varices vésicales et la possibilité de leur rupture, les symptômes qu'on a cru pouvoir leur attribuer manquent trop de précision pour qu'on puisse établir un diagnostic autrement que par exclusion et comme possibilité. Ce serait surtout dans le cas de papillôme diffus, chez un hémorrhoïdaire, que, malgré un examen minutieux, l'hésitation pourrait être permise.

On peut rapprocher des hémorrhoïdes vésicales certaines productions décrites sous le nom de *tumeurs érectiles* ou *caverneuses* de la vessie, qui ont pu donner lieu à des hématuries prolongées ou même mortelles, comme dans le cas de Langhans (2). Une tumeur décrite par Coles Parker (3) sous le nom de maladie organique de la vessie et formée de « plaies vasculaires, donnant l'apparence de veines variqueuses » pourrait bien être considérée comme un fait d'hémorrhoïdes. Mais, les lésions données par Gross et par Broca (4) comme des tumeurs érectiles doivent rentrer dans le groupe des tumeurs villeuses, dont les auteurs ne les distinguent pas d'ailleurs.

---

(1) Thèses de Haller ; réimpr., t. VII., p. 775.
(2) Langhans. — *Cavernöser tumor der harnblase*, in *Arch. für path. anat. und phys.*, von R. Virchow, 1879, Bd LXXV, p. 291.
(3) Coles Parker. — *The Lancet*, 1829-20, t. I, p. 115.
(4) Broca. — *Traité des tumeurs*, t. II, 1869, p. 211.

Quoi qu'il en soit de la fréquence des hémorrhoïdes vésicales et de l'influence des diathèses et en particulier de la goutte sur leur production, il n'en est pas moins vrai que quelques *goutteux* présentent des hématuries, quelquefois abondantes, et qui peuvent rappeler jusqu'à un certain point les hématuries des cancéreux. Nous connaissons un goutteux à tophus qui a, depuis plus de dix ans, deux ou trois fois par an, dans l'intervalle des poussées douloureuses, des hématuries quelquefois tout fait indolores, à tel point qu'il lui est arrivé plusieurs fois de ne s'en apercevoir que parce qu'il avait souillé son linge à la fin de la miction, d'autrefois avec dysurie et ténesme ; tantôt les urines ne sont teintes que pendant deux ou trois mictions, tantôt l'hématurie dure deux ou trois jours et l'urine contient des caillots. En tout cas, sitôt que le sang a disparu, et cette disparition est brusque et sans cause appréciable comme le début des troubles, tout est fini de ce côté, le malade ne sent plus sa vessie jusqu'à la reproduction des accidents. Mais, ces sortes de faits doivent être considérés avec réserve, tant que l'autopsie n'a point montré l'état de la vessie.

Parmi les hématuries spontanées et durables, nous citerons encore, au moins à titre de curiosité, certaines *hématuries névropathiques* (Lancereaux) (1) qu'on a observées quelquefois chez des femmes hystériques et se produisant particulièrement à la suite de violentes colères.

Les tumeurs de la vessie autres que les cancers et le papillôme sont extrêmement rares, car la plupart des faits que les auteurs ont décrits sous le nom de polypes muqueux doivent rentrer dans ces catégories (2) ; mais il reste quelques cas de polypes fibreux que l'on doit laisser en dehors. Ces polypes fibreux, qu'on a appelés quelquefois tumeurs fibro-plastiques (3) et qui paraissent être des fibrômes ou des myômes, ont été le plus souvent rencontrés chez de jeunes sujets, quelquefois même

(1) Lancereaux. — *Nouveau journ. méd.*, 1880, p. 44.
(2) Mercier. — *Rech. sur le trait. des mal. des org. urinaires considérées spéc. chez les hommes âgés*, etc., 1856, p. 331.
(3) Guersant. — *Arch. gén. de méd.*, 1853, 2ᵉ série, t. p. 311.

chez de tout petits enfants. Nous avons vu au Musée de Hunter la vessie d'un enfant de dix-huit mois qui présentait des polypes mutiples de la base de la vessie et de la région prostatique de l'urèthre (1); cette pièce pourrait faire croire à l'origine prostatique de ces sortes de tumeurs, mais, on ne peut en trouver aussi chez les petites filles. Guersant (2) en enleva une chez une petite fille de 22 mois qui mourut sept jours après l'opération, et il en existe encore un exemple au Musée de Hunter (3). Ils ont des pédicules de dimensions variables, mais quelquefois assez longs pour que la tumeur s'engage dans l'urèthre ; en effectuant sa migration, une tumeur de ce genre avait même déterminé une inversion de la vessie (4). S'ils s'appliquent sur le col vésical, soit à cause de la longueur de leur pédicule, soit à cause de leur volume considérable, ils peuvent déterminer la rétention d'urine (5) et ses suites ; mais ils se distinguent toujours par l'absence ou le peu d'abondance des hématuries (6). En raison de l'absence d'hémorrhagies graves, on peut recourir au cathétérisme métallique et même à l'exploration avec le lithotriteur, qui permettrait d'établir le diagnotic d'une manière positive.

Quant au myxôme, on ne peut guère le reconnaître que lorsque des fragments assez considérables ont été rendus avec l'urine ou détachés par la sonde.

Il reste un point très intéressant à élucider. Est-il possible de distinguer les différentes formes de cancer de la vessie ? Il est bien certain que les véritables cancers, les carcinômes, les épithéliômes, les sarcômes ne peuvent pas être distingués entre eux, puisqu'il est à peu près

(1) *Museum of the Royal College of surgeons of England*, n° 2,000.

(2) Guersant. — *Gaz. des hôp.*, 1868, p. 89.

(3) N° 1999.

(4) Godson. — *Bristish med. journ.*, 1879, t. I, p. 630.

(5) Gersuny. — *Ueber polypöse nicht carcinomatose neubildungen der harnblase*, in *Arch. f. klin. chir.*, t. XIII, p. 131.

(6) Birkett. — *A case of fibrous polypus of the urinary bladder with obs., and a table of the recorded cases*, in *London méd. chir. trans*, 1858, t. XXIII, p. 311.

impossible aujourd'hui de les distinguer, pièces en main, à simple vue, d'après leur forme anatomique macroscopique, et que la distinction par l'examen histologique n'a été répétée qu'un nombre de fois très restreint. Mais, peut-on différencier symptomatiquement les cancers, de la tumeur villeuse, du papillôme simple qui a été confondu avec les autres tumeurs malignes, à cause de la dénomination de cancer villeux qui lui a été donnée ? Les caractères des hématuries peuvent être, jusqu'à plus ample informé, considérés comme à peu près identiques dans les deux cas ; mais, ce n'est que dans le cancer que l'on peut trouver des urines d'odeur cadavéreuse. Exceptionnellement, les fragments contenus dans l'urine ou ramenés par le cathétérisme peuvent faire établir d'emblée un diagnostic certain, lorsque des papilles se sont trouvées arrachées. Les douleurs lancinantes, en dehors de la miction, ne se rencontrent jamais dans le papillôme simple ; il ne se complique pas non plus d'engorgement ganglionnaire ni de généralisation qui sont d'ailleurs des exceptions dans le cancer. Les cancers, sauf quelques cas rares, donnent souvent à l'exploration par le palper abdominal combiné au toucher vaginal ou rectal la sensation d'une tumeur à consistance plus ou moins ferme, quelquefois irrégulière, pouvant acquérir un volume assez considérable. Le papillôme, au contraire, est assez rarement appréciable par ce moyen ; la masse chevelue donne souvent une sensation de mollesse, d'empâtement; d'autres fois on ne perçoit qu'une sensibilité localisée. Le cathétérisme donne dans le cancer une sensation d'un corps plus ou moins résistant, tandis que le papillôme, quand il est senti, et il l'est rarement, donne une sensation spéciale de mousse humide ou de barbe soyeuse. Lorsqu'il n'y a pas de tumeur, qu'on a affaire à un papillôme diffus, à un champ de papilles peu élevées, la sonde ne fait que provoquer une douleur locale analogue à celle que détermine le toucher rectal, comme dans l'observation suivante.

Observation XXI. — Le nommé Clav..., âgé de 56 ans, peintre, est entré le 2 avril 1880 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, et est couché au n° 12 de la salle St-Vincent.

Ce malade a été interrogé avec soin sur ses antécédents héréditaires qui ne présentent rien de particulier, ni au point de vue du cancer, ni au point de vue des affections de la vessie. Il prétend lui-même n'avoir jamais eu à souffrir du côté des organes génito-urinaires, sauf deux chaudes-pisses qu'il avait eues avant vingt ans et dont il ne lui était rien resté. Il y a un an, à la suite d'un exercice, il s'aperçut que son urine ressemblait à de l'eau rougie; elle resta ainsi pendant trois jours, puis redevint normale sans aucun traitement; trois ou quatre jours après, l'hématurie reparut sans motif et cessa de même sans douleur. Ces hématuries se répétèrent ainsi pendant six à sept mois; en même temps, surtout dans les intervalles des pissements de sang, la miction devint plus fréquente; il lui arriva même d'uriner toutes les cinq minutes avec une sensation de brûlure dans le canal; quand il urinait du sang, au contraire, la miction était moins fréquente et moins douloureuse. Pendant tout ce temps, l'état général resta bon et le malade ne maigrit point. Depuis trois mois, l'hématurie est devenue plus abondante et elle est persistante; elle varie seulement par la quantité du sang contenue dans l'urine, où on trouve quelquefois des caillots. Le malade dit cependant qu'il ne souffre pas, il est souvent plus de quatre heures sans uriner. C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital. Les urines offrent une coloration foncée de jus de cassis, sans trace de dépôt purulent au fond du vase.

Le toucher rectal montre que la prostrate est un peu volumineuse; mais elle n'est ni dure, ni bosselée. La palpation abdominale combinée avec le toucher ne dénote ni tumeur, ni empâtement, mais cette exploration provoque un peu de douleur du côté droit. Pas d'engorgement ganglionnaire ni dans les aines, ni dans le bassin.

12 *avril*. Le malade pisse en moyenne par jour 3 litres d'urine qui présente uniformément la même coloration que le jour de son entrée, le repos n'a rien modifié; il ne souffre pas. L'état général est bon, constipation : lav. purg.

24 *avril*. Les urines ayant paru un peu moins chargées de sang, on introduit l'explorateur nº 20 qui montre que le canal est libre.

28 *avril*. L'hématurie n'ayant point augmenté les jours suivants et la pénétration de la sonde n'ayant point déterminé d'irritation vésicale, l'explorateur métallique est introduit. Il ne donne rien autre chose que la sensation d'un corps mou ou d'un épaississement du côté droit. M. Guyon compare le frottement que l'on perçoit à celui que donnerait une étoffe mouillée.

Diagnostic : production villeuse.

29 *avril*. Injection intravésicale d'une solution de tannin à 1 pour 100.

30 *avril*. La quantité de sang n'a pas varié, mais l'injection n'a pas provoqué de douleur ni d'irritation.

5 *mai*. Nouvelle injection de tannin à la suite de laquelle le malade est resté neuf heures sans pisser, mais la quantité de sang dans l'urine rendue n'a pas varié.

7 *mai*. Nouvelle injection, même état, le malade reste 6 heures sans uriner après l'injection.

8 *mai*. Injection d'une solution de tannin à 2 0|0. On laisse dans la vessie un tiers d'une seringue de cette solution.

9 *mai*. Le malade n'est resté qu'une heure sans uriner après l'opération, et il a éprouvé une sensation de brûlure et des envies pressantes d'uriner. Nouvelle injection à 2 0|0, dont on laisse encore un tiers dans la vessie.

10 *mai*. La deuxième injection à 2 0|0 a été aussi mal supportée que la première. Les urines sont toujours foncées.

12 *mai*. Injection de tannin à 1 0|0.

13 *mai*. L'injection a été mieux supportée, mictions moins fréquentes, les urines sont bien moins colorées. Nouvelle injection à 1 0|0.

15 *mai*. Augmentation très notable de la quantité de sang contenue dans l'urine, sans cause appréciable : injection sous cutanée d'ergotine.

19 *mai*. Les urines sont un peu troubles au fond du vase. Toujours beaucoup de sang ; le malade se plaint d'une douleur continue dans les reins. On continue les injections d'ergotine. 12 ventouses sèches sur la région lombaire.

25 *mai*. Même état, dépôt blanchâtre au fond du vase ; les douleurs rénales n'ont pas reparu, toujours autant de sang. On reprend les injections au tannin à 1 0|0.

26 *mai*. L'injection a été mal supportée comme précédemment. On en fait une autre en diminuant de moitié la proportion de tannin.

27 *mai*. Les urines sont un peu moins colorées. Nouvelle injection de la solution diluée.

28 *mai*. Même état local. L'état général est à peu près le même, le malade a un peu pâli, mais l'amaigrissement n'est pas considérable.

29 *mai*. Injection à 1 0|0 bien supportée.

30 *mai*. Les urines sont encore foncées. Injection de tannin à 1,50 0|0.

2 *juin*. Injection à 2 0|0.

3 *juin*. Amélioration peu sensible. Injection à 1,75 0|0.

5 *juin.* Urines moins colorées, même injection. Un peu de douleur lombaire.

8 *juin.* Deux injections par jour, une le matin et une le soir.

12 *juin.* Les urines sont moins colorées, mais le malade perd l'appétit, digère mal, sa langue est un peu sèche, sans fièvre ; 0,30 de pepsine.

3 *juillet.* Aggravation de l'état général, le malade s'affaiblit et se décolore, perte d'appétit, langue sèche. Douleur lombaire, dépôt purulent au fond du vase, l'hématurie augmente. Injection de perchlorure de fer (20 gouttes dans un verre d'eau).

6 *juillet.* Même état, l'hématurie ne cède pas ; injections avec 30 gouttes de perchlorure de fer dans un verre d'eau. Appétit à peu près nul, vomissements bilieux.

10 *juillet.* Aggravation de l'état général, malgré les injections avec 40 gouttes de perchlorure de fer.

12 *juillet.* Le malade exige sa sortie.

Observation XXII. — Ladmirault (Louis), menuisier, âgé de 68 ans, entre à l'hôpital Necker, le 11 juin 1879, dans le service de M. Guyon.

Cet homme a toujours joui d'une bonne santé pendant sa jeunesse et ne présente pas d'antécédents héréditaires. Depuis 3 ans, il a commencé à ressentir quelques douleurs dans le bas-ventre. Vers cette époque, il est tombé d'une échelle sur la paroi abdominale. Deux mois après, il s'aperçut pour la première fois que les urines étaient fortement teintes de sang ; il lui arrivait même d'uriner du sang pur. En même temps, survinrent de légères douleurs pendant la miction ; celle-ci devenait plus fréquente. Ces symptômes n'empêchèrent pas le malade de se livrer à son travail ; seulement, quand il faisait un excès de fatigue, il était pris de douleurs dans les reins et le bas-ventre.

Au commencement de cette année, une recrudescence dans les douleurs, surtout à la fin de la miction, et l'apparition de nouvelles hématuries l'engagent à consulter. Il entre alors à la Charité où il reste une quinzaine de jours ; à la sortie, les urines étaient redevenues claires ; il reprend son travail, mais il recommence bientôt à uriner du sang et à souffrir pendant la miction. L'état général s'aggravant, il entre à l'hôpital Necker.

Etat actuel. Le malade à une peine extrême à uriner ; les envies sont très fréquentes et il éprouve pour les satisfaire des épreintes douloureuses. Les urines sont chargées de sang d'une coloration rouge sale. Douleur continue dans

la région lombaire La face est pâle, amaigrie. tout le corps présente une teinte jaune cachectique. Il n'y a pas de fièvre. Le palper hypogastrique fait constater une tuméfaction mal limitée dans la moitié droite de la région. Par le toucher rectal combiné au palper, on reconnaît que le plancher de la vessie est le siège d'une induration manifeste du côté droit. L'exploration directe avec le cathéter qui ne pourrait qu'être offensive sans présenter aucun avantage, n'est point pratiquée.

Pendant un mois, les symptômes restent sensiblement les mêmes. Les urines sont toujours très sanglantes. Le malade s'affaiblit à vue d'œil, il a perdu l'appétit, et il vomit de temps en temps.

A partir du 15 *juillet*, les vomissements deviennent beaucoup plus fréquents, la faiblesse, l'amaigrissement et l'aspect cachectique augmentent. En même temps, la tuméfaction vésicale prend des proportions plus considérables, il existe maintenant une véritable tumeur facilement accessible à la palpation.

Pendant la nuit du 2 au 3 *août* survient une hématurie considérable : le malade rend sans grande douleur une quantité de sang pur qu'on peut évaluer à 300 ou 400 grammes. Des injections sous-cutanées d'ergotine renouvelées pendant deux jours semblent arrêter cette perte sanguine.

4 *août*. Il se produit encore quelques légères hématuries pures.

5 *août*. Les urines reprennent une coloration rouge brique.

9 *août*. Affaiblissement croissant, vomissements fréquents, pas de fièvre, pouls petit, exacerbation des douleurs vésicales et lombaires.

13 *août*. Le malade est d'une pâleur de cire, il se plaint continuellement de douleurs atroces dans le bas-ventre. Il meurt le lendemain, sans fièvre, sans trace d'agitation, dans un état d'épuisement absolu.

Autopsie. — L'examen des organes ne présente rien de particulier à noter, il faut signaler seulement des adhérences nombreuses dans le petit bassin reliant plusieurs anses intestinales aux parois de la cavité. La vessie adhère assez fortement en avant à la face postérieure du pubis.

Les reins sont gras et déformés. A la coupe, on note un peu de dilatation des calices et du bassinet. Ils ne présentent pas d'altération notable à l'œil nu. On ne trouve pas de ganglions dégénérés dans le mésentère.

Tout l'intérêt se concentre sur la face interne de la ves-

sic. La cavité de cet organe est presque entièrement remplie par une masse fongueuse, à surface irrégulière, tomenteuse, qui est recouverte dans la plus grande partie de son étendue par la paroi vésicale, absolument saine dans toutes ses parties, excepté au niveau du point d'implantation du néoplasme. L'implantation se fait sur la paroi inférieure de la vessie, du côté droit, dans une étendue de 6 à 7 centimètres dans tous les sens. Le tissu même de la tumeur est saignant et extrêmement friable. (Pièce au Musée Civiale, préparée par E. Monod).

En terminant, nous signalerons un fait assez singulier qui aurait pu en imposer et faire croire à une tumeur villeuse.

Observation XXIII. — La nommée Mould..., 30 ans, tapissière, entre le 30 avril 1880, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, n° 2, service de M. Guyon.

On ne trouve rien à noter du côté des voies urinaires, dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle fait remonter sa maladie à 1873 ; elle s'était levée 3 jours après son accouchement et elle croit avoir senti « que quelque chose lui craquait dans le ventre et se déplaçait ». Cependant, jusqu'en 1877, elle n'éprouva rien de particulier, sauf « une sensation de relâchement dans le bas-ventre ». A cette époque, apparurent presque en même temps des douleurs paroxystiques dans les lombes, avec irradiations vers le sacrum et vers les aines, et des douleurs en urinant et surtout après avoir uriné. Par moments et surtout à l'occasion d'une fatigue, la malade avait des urines sanglantes succédant à des accès de coliques néphrétiques plus douloureux qu'à l'ordinaire. Les efforts de défécation étaient très souvent l'occasion d'un nouvel accès. Les urines sont ordinairement rendues en quantité normale, mais elles sont troubles, avec un dépôt blanchâtre contenant presque toujours des filets rouges ou des petits caillots sanguins.

Quant la malade entre à l'hôpital, elle ne peut rester en place. Ses douleurs rénales sont continues, il lui semble « qu'on lui arrache le rein », et 3 ou 4 fois par jour elle a des paroxysmes avec irradiations déchirantes vers les régions lombo-iliaques et inguinales, quelquefois même le long des cuisses jusqu'aux genoux. Ces accès, qui durent souvent près de deux heures et quelquefois plus, sont si douloureux qu'elle les compare aux douleurs de l'accouchement. Pendant ces accès, la miction est très fréquente et très peu abondante, l'urine est rendue presque goutte à

goutte et avec douleur très vive le long de l'urèthre ; et elle éprouve une sensation de déchirement dans tout le ventre, qui est le siège d'une sensibilité telle qu'elle ne peut pas supporter ses couvertures. Ces sensations cessent tout à coup avec l'émission d'une certaine quantité d'urine rose ou rouge. De temps en temps, on trouve dans les urines des graviers irréguliers d'apparence phosphatique, du volume d'un pois. Dans l'intervalle des paroxysmes, la miction est toujours fréquente et douloureuse (10 à 15 fois par nuit et le double le jour).

Le toucher vaginal permet de sentir une tuméfaction extrêmement douloureuse du fond de la vessie, surtout marquée à droite. Cette tuméfaction, de consistance mollasse, donne la sensation d'une masse fongueuse du volume d'un petit œuf, accolée contre le col utérin dont elle est séparée par un sillon concave en arrière. Pas de ganglions engorgés. L'état général est toujours resté bon, pas de fièvre.

La malade prend de la tisane de bourgeon de sapin, des capsules de térébenthine, des instillations intra-vésicales de borate de soude (4 p. 30). Eau de Sail. — Jusqu'au 10 juin, on ne constate aucune amélioration notable ; c'est alors seulement que la tuméfaction de la base de la vessie commença à diminuer de volume et à devenir moins douloureuse. Cette diminution, en apparence spontanée, se fit très rapidement, si bien que le 18 on ne sentait plus qu'un épaississement à peine appréciable. Les symptômes douloureux s'étaient aussi graduellement amendés, mais la miction était toujours restée fréquente et pénible, et, de temps en temps, revenaient les accès de coliques néphrétiques avec pissement de sang.

19 *mai*. M. Guyon pratique la dilatation de l'urèthre sous le chloroforme, à l'aide de son dilatateur pour la lithotritie périnéale et il la pousse jusqu'à ce que l'introduction de l'index soit devenue facile. L'exploration directe ne permet de rencontrer à l'intérieur de la vessie, vers la partie postérieure du trigone, qu'une surface tomenteuse, comme boursoufflée, mais pas de tumeur.

La dilatation et l'exploration n'ont déterminé qu'un léger saignement, dont on s'est facilement rendu maître par un lavage à l'eau boratée, mais, après son réveil, la malade souffrit beaucoup pendant toute la journée. L'incontinence d'urine fut complète pendant 4 jours, puis la malade commença à retenir un peu ses urines pendant le repos.

Depuis la dilatation uréthrale, les coliques et les douleurs en urinant et après avoir uriné n'ont pas reparu : mais l'incontinence a persisté à un certain degré pendant 6

semaines ; le rire, la toux, la non-satisfaction immédiate de l'envie d'uriner ramènent la miction involontaire. Le sang n'a pas reparu dans les urines qui sont assez claires mais qui laissent toujours un léger dépôt blanchâtre. La malade n'urine plus que 10 fois en 24 heures.

30 *juillet*. Le toucher vaginal ne révèle plus aucun épaississement, le fond de la vessie est souple et très peu douloureux. La malade part en convalescence au Vésinet.

L'existence d'une tuméfaction de la base de la vessie coïncidant avec des symptômes d'irritation vésicale et de l'hématurie pouvait faire penser à une affection villeuse ; mais l'existence de coliques néphrétiques et l'évolution de cette tuméfaction ne plaidaient pas en faveur de ce diagnostic, que l'examen local a pu faire rejeter complètement. Il est probable qu'il s'agit ici d'un phlegmon périuréthral développé sous l'influence de l'irritation provoquée par le passage de graviers trop volumineux, ou trop rugueux. Plusieurs tumeurs inflammatoires de ce genre ont déjà été observées par M. Guyon dans les mêmes circonstances.

Pronostic.

Le pronostic du cancer de la vessie n'est pas complètement assimilable à celui du cancer en général, car les malades ne succombent pas à l'infection, mais à des accidents en rapport avec le siège de la lésion. Le pronostic ne peut être basé que sur l'abondance et la répétition des hématuries et sur l'intensité des lésions rénales, trahie par la polyurie limpide d'abord, puis par la polyurie trouble qui indique que l'altération du rein est très avancée et irréparable ; quelquefois, le dénouement fatal est encore précipité par une poussée de néphrite aiguë. Quant au papillôme simple, présente-t-il une gravité moindre que celle des cancers ? Mérite-t-il la dénomination de fongus bénin, qui lui a été souvent appliquée ? Il n'est pas douteux que quelques papillômes ont une durée de beaucoup plus considérable que les cancers ; mais, cependant, ils amènent la mort comme eux et par les mêmes procédés, par les hématuries ou les troubles rénaux, et il n'est pas du tout prouvé que les tumeurs villeuses puissent persister toujours sans pro-

voquer d'accidents graves. Dans quelques cas rares, ils semblent avoir été une simple curiosité d'autopsie ; mais, on ne dit pas si les malades n'ont point succombé à une affection rénale. Si le papillôme simple, considéré comme forme anatomique, est en général une tumeur bénigne, il prend dans la vessie, en raison de son siège, une gravité spéciale ; cependant, il a cet avantage que, n'ayant point de tendance à envahir les tissus sous-jacents, il est possible, principalement chez la femme, d'extirper certaines tumeurs pédiculées, mais avec des chances de guérison radicale encore très discutables.

Rappelons que, dans certains cas, on voit des hématuries persister pendant des années, sans qu'on puisse percevoir aucun signe de tumeur, qui ne se manifestent que très tard et pourraient faire admettre à priori, que certaines productions morbides peuvent, après être restées longtemps superficielles, gagner en profondeur. La possibilité de ces transformations prend une certaine consistance quand on les rapproche des dégénérescences cancéreuses de certains papillômes ou certains angiômes qu'on observe dans d'autres régions.

Nous ne reviendrons pas sur les complications, nous rappellerons seulement que l'existence d'une pierre, quelle que soit la nature, est grave, non seulement en surajoutant des symptômes propres et accélérant le développement et la marche des complications inflammatoires ; mais encore en exposant à de grands dangers dans la lithotritie ou dans la taille (1), qui peut devenir funeste en déterminant une hémorrhagie incoercible.

Traitement.

Dans la plupart des cas, la thérapeutique est définitivement impuissante, et on en est réduit à chercher à soulager en évitant de nuire (2) ; on doit se contenter d'un palliatif ; mais, dans d'autres cas et particulièrement pour les tumeurs villeuses, quelques chirurgiens n'ont pas hésité à agir plus énergiquement et à recourir à un traitement curatif.

(1) Coulson. — *The Lancet*, 1854, t. I, p. 156.
(2) Cruveilhier. — *Gaz. des hôp.*, 1844, p. 211.

Le *traitement palliatif* a préoccupé de tout temps les médecins qui, quelquefois, n'étaient guidés que par un empirisme aveugle. Fred. Hoffmann regardait l'usage du lait comme très efficace pour diminuer l'acrimonie des urines chez les sujets affectés d'ulcères de la vessie, et Bayle et Cayol pensaient que c'est surtout lorsque les ulcères sont cancéreux que cet aliment produit de bons effets. Le lait peut, en effet, être d'une grande utilité, non seulement comme diurétique, mais comme excellent aliment et le seul aliment possible lorsque les malades ont les muqueuses desséchées, à la période de pyélo-néphrite. Les injections de lessive d'eau de chaux, coupée avec du lait, conseillées par Boyer, ne répondent à aucune indication spéciale. Je ne ferai que citer le traitement de la tumeur villeuse par la quinine à l'intérieur, employée par Street (de Yokohama) (1), son observation ne démontrant bien clairement, ni la nature de la lésion, ni l'efficacité du remède. La thérapeutique palliative doit en somme chercher à combattre principalement la douleur, la rétention d'urine, l'hématurie ; nous ne parlerons point du traitement de certaines complications, notamment des complications rénales qui ne présentent rien de particulier dans les cas qui nous occupent.

La *douleur* est efficacement combattue, dans la plupart des cas, par l'opium et ses dérivés ou par le chloral. Ce dernier est préférable parce qu'il détermine moins souvent des troubles digestifs qu'il est si important d'éviter dans toute affection cachectique ; et quelque soit le médicament que l'on a choisi, il vaut mieux l'administrer sous forme de suppositoires, de lavements ou d'injections hypodermiques suivant le cas. Mais, lorsqu'il existe déjà des complications rénales, l'opium peut déterminer l'urémie en diminuant la sécrétion, et il ne faut pas oublier que les maladies des reins rendent toxiques les médicaments actifs, même à petites doses (Bouchard (2).

---

(1) Street. — *Philadelphia med. Times*, may, 1879, p. 376.
(2) Chauvet. — *Des dangers des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales*. Thèse de Paris, 1877.

Les injections sous-cutanées de morphine, en calmant la douleur, paraissent aussi dans quelques cas agir sur l'hématurie et en amener la diminution et même la suppression, comme M. Guyon en a observé récemment un cas dans sa pratique privée. A la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, non avons vu plusieurs faits analogues, des injections hypodermiques de morphine suspendant les métrorrhagies du cancer de l'utérus.

La *rétention d'urine* a paru à quelques auteurs la seule indication du traitement (1), c'est en effet une des plus importantes. Quelquefois, la simple introduction d'une sonde peut déplacer la tumeur et les accidents restent un certain temps sans se reproduire ; mais, le plus souvent, il faut recourir au cathétérisme répété. Le séjour d'une sonde à demeure serait plutôt préjudiciable qu'utile ; et il faut se rappeler que, si lorsque la vessie est saine, le cathétérisme peut être répété pour ainsi dire indéfiniment sans danger, puisque Thompson a vu un malade qui s'est sondé pendant 22 ans (2) et nous avons vu dernièrement à l'hôpital Necker un prostatique qui se sonde depuis plus de 20 ans et se porte bien ; il n'en est plus de même lorsqu'il existe un état pathologique qui ne demande qu'une légère irritation pour déterminer une cystite qui peut être, à bref délai, le point de départ d'accidents mortels. Il faut donc, dans ces cas, sonder avec des sondes molles en caoutchouc, qui ont moins de chances de provoquer l'hémorrhagie, ou l'irritation locale, et opérer avec la plus grande réserve et les plus grandes précautions.

Il peut arriver que le cathétérisme soit absolument impossible ; la sonde vient butter sur la tumeur qui s'applique sur le col, et ne peut plus avancer ; on ne peut ni déplacer, ni contourner la tumeur. Chopart a conseillé dans des cas semblables de traverser la tumeur d'outre en outre soit avec la sonde ordinaire, soit avec la sonde à dard ; Lafaye se serait servi avec succès de ce procédé

---

(1) Alph. Robert. — *Des affections cancéreuses et des opérations qu'elles nécessitent.* Th. de conc. de méd. op., 1841.

(2) Thompson. — *British med. journ.*, 1879, t. I, p. 854.

sur Astruc(1), qui paraît avoir été plutôt atteint d'une hypertrophie du lobe moyen. Il s'agit là, d'ailleurs, d'un procédé aveugle et brutal qui n'est nullement recommandable. Si, à la suite d'efforts patients et méthodiques, on reconnaissait l'impossibilité absolue de pénétrer dans la vessie par la voie naturelle, il vaudrait mieux établir une fistule urinaire, en pratiquant une boutonnière sous ou sus-pubienne, que l'on tiendrait ouverte à l'aide d'un tube à demeure ou à l'aide du tube à plaque analogue à la canule à trachéotomie conseillée par Thompson ; ou plutôt faire des ponctions successives.

Toutefois, quelle que soit la nature de l'intervention, il faut être prévenu que, s'il existe déjà des accidents rénaux, on peut, en touchant la vessie, déterminer une poussée aiguë et la mort quelquefois en deux ou trois jours.

L'*hématurie* peut donner lieu à des indications différentes suivant que le sang, fourni graduellement et en quantité relativement faible, peut se mélanger à l'urine et être rendu librement avec elle, ou que l'hémorrhagie se fait brusquement et que le sang se coagule en masse dans la cavité vésicale qu'il distend.

Lorsque le sang est retenu dans la vessie, il détermine en même temps que les accidents ordinaires d'une perte de sang rapide, une rétention d'urine à laquelle il faut remédier immédiatement. Cet accident est, en effet, tellement grave, que A. Cooper a pu proposer dans un cas semblable la taille sus-pubienne. Mais, il est possible de remédier à l'accumulation de caillots dans la vessie par le procédé indiqué par Leroy d'Etiolles (2) et qui consiste à introduire dans la vessie une sonde au bout coupé, ou à larges yeux, et à aspirer le contenu de la vessie avec une seringue vide. Il n'est pas nécessaire d'enlever d'une seule fois tous les caillots, d'autant moins que leur extraction devient beaucoup plus facile quand ils ont été en partie dissociés par l'arrivée d'une certaine

(1) Vidal de Cassis. — *Tr. élém. de Path. externe*, t. V, p. 366.
(2) Leroy d'Etiolles. — *Recueil de lettres et de mémoires*. 1844, p. 134.

quantité d'urine. La sonde à double courant peut encore rendre des services, dans cette circonstance, quand les caillots sont délayés. Il suffit quelquefois de faire placer le siège sur un coussin élevé pour faire changer de position les caillots et rendre la miction possible.

Quand l'écoulement du sang se fait librement, on peut recourir d'emblée pour l'arrêter à des moyens indirects ou directs.

Parmi les premiers, nous rangerons ceux qui agissent à distance par l'intermédiaire de modifications du système circulaire, de la contractilité vasculaire ou de la crase du sang. Rayer paraît être le premier qui ait appliqué le seigle ergoté à la thérapeutique de ces hémorrhagies. Mais, on s'est servi plus souvent dans ces derniers temps de l'ergotine ou plutôt de l'extrait d'ergot qui a été administré, soit par les voies digestives, soit en injections hypodermiques faites dans la région hypogastrique. Cependant, il est assez rare que l'ergot de seigle agisse efficacement, soit parce que son influence ne se fait pas sentir directement sur les vaisseaux qui saignent et qui sont généralement dépourvus de parois musculaires, soit encore parce que l'ergot détermine en même temps des contractions fibrillaires partielles des parois musculaires de la vessie (1), qui ne sont guère propices à l'hémostase. On a employé encore à l'intérieur l'acide tannique, le perchlorure de fer, avec des succès divers; mais généralement sans améliorer beaucoup la situation du malade.

On a tenté une action directe sur le siège de l'hémorrhagie par les injections intra-vésicales. Nélaton a conseillé les injections d'eau froide; Hooper (2) s'est servi d'une solution d'acide gallique; M. Guyon préfère les solutions de tannin ou de perchlorure de fer. Ces médicaments doivent être employés d'abord à doses faibles, pour tâter la sensibilité locale du sujet qui est très variable. Le tannin, par exemple, peut provoquer de l'irritation de la vessie, à la dose de 1 °/₀ chez certains sujets, tandis qu'une dose une fois plus forte sera parfaitement

---

(1) Peton. — *De l'action physiologique et thérapeutique de l'ergot de seigle.* Thèse de Paris, 1878, p. 32.
(2) Hooper. — *The Lancet*, 1852, t. II, p. 505.

supportée par un autre; le perchlorure de fer peut être injecté à la dose de 10 et 15 gouttes pour 100 grammes d'eau. Ces injections ne doivent être pratiquées qu'avec une grande réserve, parce qu'elles risquent de provoquer de la cystite, et, tout compte fait, elles ne réussissent que rarement à arrêter l'hématurie; il ne faut s'obstiner que lorsqu'on obtient dès le début un résultat favorable.

Lorsque les urines épaissies par les détritus et les produits de l'inflammation de la vessie sont devenues extrêmement fétides, on peut tenter des injections désinfectantes ; mais, il faut rejeter complètement l'acide phénique, qui, même à des doses très faibles, peut déterminer l'inflammation de la vessie ; il faut préférer l'acide borique que l'on peut employer en solution de un et même plusieurs grammes pour cent sans inconvénient.

Peut-on poser la question de savoir si on peut obtenir la guérison radicale du cancer de la vessie ? Quant à ce qu'on appelle encore le cancer villeux, le papillôme, qui se distingue des cancers par ses caractères anatomiques et peut souvent en être séparé par ses symptômes, on en a tenté la *cure radicale*, il faut examiner les faits. Nous ne nous arrêterons pas au fait de Nicod (1) qui prétend avoir guéri un fongus par le cathétérisme quotidien pendant 45 jours ; il ne prouve qu'une erreur de diagnostic.

L'opération de la cure radicale des tumeurs de la vessie a été dès longtemps conseillée et même pratiquée. Trouvant une tumeur dite cancéreuse pédiculée dans la vessie d'un cadavre, Dupuytren (2) pense que, si elle avait été reconnue pendant la vie, on eût pu par la cystotomie l'enlever en tordant la pédicule ; Brachet (3) conseillait à un jeune homme de 28 ans, qui rendait des hydatides dans les urines, de se faire tailler pour enlever la tumeur qu'il supposait siéger dans la vessie. Dans plusieurs cas, des opérateurs croyant ouvrir la vessie pour extraire une pierre, rencontrèrent une tumeur avec ou sans pierre, et enlevèrent la tumeur, soit par excision, soit par arrache-

(1) Nicod. — *Arch. gén. de méd.*, 1832, p. 417.
(2) Dupuytren. — *Lancette française*, 1828, t. I., p. 3.
(3) Brachet. — *Revue médicale*, 1831, t. IV, p. 105.

ment; plusieurs malades auraient guéri. Mais, on ne peut guère attacher d'importance au simple énoncé de ces faits que l'on trouve dans ces anciens auteurs D'autre part, Marc-Antoine Petit (de Lyon) (1), en taillant un jeune homme, trouva un polype qu'il n'osa enlever et le malade mourut de consomption un an après. S'il n'y a pas plus de danger à agir qu'à rester dans l'inaction, il est plus rationnel, étant donné que la vessie est ouverte, d'enlever la tumeur, au moins quand on peut l'enlever complètement, et quand on n'a pas à faire une trop vaste perte de substance.

Il y a moins longtemps que l'on a cherché à enlever les tumeurs de la vessie en connaissance de cause. Nous ne ferons que signaler l'*arrachement* avec le lithotriteur, qui constitue une méthode aveugle et dangereuse, à laquelle il faut renoncer bien que plusieurs auteurs, après Civiale, aient cru en obtenir des succès. C'est ainsi que Vaché (2) croit avoir guéri un malade atteint de fongus en trois séances d'arrachement et d'écrasement, mais il ne dit pas l'avoir revu plus tard. Hermann Maas (3) aurait enlevé sur trois malades des tumeurs dites bénignes, mais sur la structure desquelles on ne peut guère être fixé, par un procédé non moins aveugle ; dans un cas, il introduisit dans la vessie une sonde à double courant, le polype entraîné par l'eau s'engagea dans la fenêtre du canal efférent et fut arraché au moment où l'instrument fut retiré ; dans deux autres cas où la sonde à double courant ne pouvait passer, il introduisit une sonde ordinaire, et remplissant la vessie d'eau phéniquée, il laissait à sa contractilité le soin de pousser le polype dans la fenêtre de la sonde. Il pense que les trois malades ont guéri radicalement, mais ils n'ont guère été suivis plus de deux ans et la nature de leur maladie n'est pas bien établie.

Leroy d'Etiolles fils, après avoir cité un cas où l'écrasement des polypes pédiculés fut suivi d'accidents de

---

(1) Monfalcon. — *Dict. des sc. méd.* (en 60), t. XLIV, p. 233.
(2) Vaché. — *L'expérience*, 1843, t. XII, p. 209.
(3) Hermann Maas. — *Ueber polypöse Gutartige excrescenzen der Mannlichen harnblase ;* in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1876, t. XIII., p. 48.

phlébite et de résorption purulente, préconise l'usage du porte-ligature de son père, qui permettrait d'écraser le pédicule de la tumeur (1). Ce procédé paraît manquer de précision, il est en effet difficile de diriger dans la vessie un porte-fil sur le pédicule d'une tumeur, en supposant même qu'on sache exactement où il s'implante ; Civiale dit pourtant avoir obtenu quelques succès avec un trilabe porte-fil spécial de son invention.

Dans des cas où il avait cru distinguer des tumeurs peu saillantes au voisinnage du col, Civiale aurait encore obtenu de bons résultats de cautérisations légères, faites avec un porte-caustique inventé par lui.

Mais, toutes les raisons que l'on peut apporter en faveur de l'efficacité de ces manœuvres souterraines ne sont pas de nature à entraîner la conviction, d'autant moins qu'il s'agit presque toujours d'opérations faites pour une affection dont le diagnostic n'était point assis sur de solides bases.

Ce n'est que sur les opérations faites, sinon à ciel ouvert, du moins sous le contrôle du toucher direct comme on peut le faire chez la femme, qu'on peut se faire une opinion motivée sur la valeur de l'intervention opératoire dans les tumeurs de la vessie.

Chez l'homme, l'opération de la cure radicale ne peut se faire que par une ouverture artificielle, et elle a paru si difficile que, jusque dans ces dernières années, les chirurgiens avaient cru prudent de s'en abstenir. Elle est cependant possible, et elle a été exécutée par Billroth, qui enleva par la taille latérale combinée avec une incision sus-pubienne, un myôme sur un enfant de 12 ans (2) et avec succès ; par Wolkmann (3) qui enleva aussi un myôme à l'aide de la boutonnière périnéale combinée à la cystotomie sus-pubienne, mais son malade mourut de péritonite. Kocher (de Berne) (4) a fait la taille pour enlever un papillôme de la paroi postérieure de la vessie, chez un homme de 38 ans, dont la guérison

(1) Leroy d'Etiolles. — *Traité de la gravelle et des calculs urinaires*, 1866, p. 311.

(2) Gussenbaur. — *Archiv. für klin. chir.*, 1875, p. 411.

(3) Volkmann. — *Arch. f. klin. chir.*, t. XIX, p. 682.

(4) Kocher. — *Centralblatt für chir.*, 1876, p. 193.

s'était maintenue 15 mois après l'opération ; et Humphry (1) extirpa une tumeur dite maligne, du volume d'une orange, par la taille latérale sur un jeune homme de 21 ans, la guérison ne s'était pas encore démentie au bout de 18 mois. Ces quelques faits démontrent la possibilité de l'extraction d'une tumeur de la vessie, même chez l'homme, par des procédés opératoires analogues à ceux qui sont en usage dans les cas de pierre ou de corps étrangers de la vessie; mais, on ne peut pas se faire une opinion sur l'opération qui mérite la préférence, car elle doit varier suivant le mode d'implantation de la tumeur et suivant son siège. Disons toutefois que la cystotomie sus-pubienne, conseillée par Senftleben (2) et à laquelle Billroth et Wolkmann ont dû recourir, paraît offrir quelques avantages, en ce sens qu'elle porte sur une partie de la paroi vésicale qui est assez rarement dégénérée et parce qu'elle ouvre une voie plus large et plus directe.

Chez la femme, l'opération présente souvent une difficulté beaucoup moindre et on peut appliquer des procédés bien plus inoffensifs et plus sûrs, puisque l'on peut, dans un certain nombre de cas, par l'exploration digitale de la vessie, reconnaître d'une manière précise le siège et le mode d'implantation de la tumeur. Quelques tumeurs pédiculées ont pu s'engager dans l'urèthre si facilement dilatable de la femme, et même s'éliminer spontanément, en provoquant des douleurs qui rappelaient celles de l'accouchement (3), ou seulement venir faire saillie à l'orifice externe de l'urèthre, où elles se prêtaient merveilleusement à l'excision ou à la ligature (4). Il était donc rationnel de suivre cette voie naturelle pour aller attaquer les tumeur vésicales qui ne s'y engageaient point spontanément. On a exécuté l'opération par différents procédés : on a, après la dilatation préalable de l'urèthre, fait la section du pédicule avec une chaîne d'écraseur.

(1) Humphry. — *British Med. journ.*. 1878, t. II, p. 369.

(2) Gant. — *Diseases of the bladder*, etc.. London, 1876, p. 74.

(3) Bryant. — *Trans. of the path. Soc. of London*, 1860, t. XI, p. 153 ; — et Brennecke : *Centralblatt für Gynœk.*, avril 1879 ; — *Med. Record*, 1879, p. 237.

(4) Thienemann. — *Medicinische Zeitung*, 1844, n° 9.

Schatz (1) a enlevé par ce procédé, sur une jeune fille de 18 ans, une tumeur villeuse de la face postérieure de la vessie qui se reproduisit et fut enlevée une seconde fois par l'écraseur, puis, par la section avec deux anses de fil passées par le vagin, qui aurait donné la guérison dont il n'en indique pas la durée. On a utilisé de la même manière le serre-nœud, en se servant ou non de pinces pour aider à placer le fil ou la chaîne. D'ailleurs, la simple torsion à l'aide de pinces peut suffire, lorsqu'il s'agit d'une tumeur à pédicule très délié. Enfin, on a pu, après avoir attiré la tumeur avec des pinces, en réséquer le pédicule avec des ciseaux courbes (2).

Mais l'urèthre n'est pas la seule voie par où on puisse extraire les tumeurs vésicales chez la femme. Knowsley Thornton (3) pense qu'on pourrait encore, suivant les cas, atteindre soit par la taille vaginale, soit par la cystotomie sus-pubienne, soit enfin à travers le péritoine en ouvrant la paroi antéro-supérieure de la vessie. Norton (4) aurait enlevé deux tumeurs villeuses après avoir incisé la paroi antérieure du vagin et décollé la vessie, et une de ses malades a guéri.

Braxton Hicks (5), après avoir enlevé par l'urèthre une tumeur en chou-fleur, a cherché à assurer la guérison en touchant la surface de section du pédicule avec du perchlorure de fer, sans du reste éviter le retour des accidents au bout de six mois. Dans un cas d'Alexander (6), où il s'agissait d'une tumeur villeuse, bien qu'on eût pu détacher par le grattage ce qui pouvait rester autour du pédicule, la reproduction des symptômes nécessita une nouvelle opération 15 mois après, et il n'est pas dit combien de temps la nouvelle guérison s'est maintenue.

En somme, il est possible d'enlever une tumeur de la vessie, et les malades peuvent guérir de l'opération ;

---

(1) Schatz. — *Centralblatt für die medicinischen Wissenchaften*. 1877, p. 432.

(2) Jon. Hutchinson. — *Med. Times and. gaz.*, 1857, t. I, 460.

(3) *British med. journ*, 1879, t. I, p. 820.

(4) *The Lancet*, 1879, t. I, p. 740.

(5) *The Lancet*, 1868, t. I, p. 686.

(6) *The Lancet*, 1878, t. II, p. 209.

mais, lorsque la tumeur est de nature cancéreuse, est-elle opérable avec profit pour le malade ? Par cela même qu'il s'agit d'un cancer, on ne peut pas compter sur une guérison radicale ; peut-on au moins augmenter les chances de survie, ou améliorer le sort du patient ? Si les douleurs sont assez intenses et assez continues pour entraver les fonctions, si les hématuries sont assez abondantes et répétées pour amener rapidement l'épuisement et la mort, s'il s'est produit rapidement une rétention d'urine dont on connaît la cause, on pourrait songer à l'opération, qui aurait d'autant plus de chances de succès qu'il n'existerait aucune trace de propagation, que les reins seraient sains, que la tumeur serait pédiculée ou aurait une base d'implantation étroite et assez éloignée des orifices des uretères pour que ceux-ci ne fussent pas atteints. L'opération serait au contraire inutile ou dangereuse s'il existait déjà des lésions rénales dont le traumatisme ne pourrait que stimuler les progrès, ou si les parois de la vessie étaient envahies dans toute leur épaisseur et sur une grande étendue ; car, sans compter les chances d'infiltration d'urine, il serait à craindre que la récidive ne laisse pas à la cicatrisation le temps de s'achever. Quant à l'ablation partielle ou à l'écrasement, il faut les rejeter comme inutiles ou dangereuses ; il en est de même de l'espèce de ramonage à la curette pratiqué par Heim-Vœgtlin dans un cas de sarcôme. On doit même rejeter le grattage avec le doigt, comme moyen de diagnostic ; car on ne peut pas prévoir quelle quantité de sang laissera échapper la plaie que l'on produit.

Les cancers se présentent rarement dans des conditions telles qu'on puisse espérer les traiter utilement par l'opération ; il n'en est point de même des papillômes, qui constituent souvent des tumeurs nettement pédiculées et sans altérations considérables de la muqueuse au voisinage de leur implantation. Lorsque le diagnostic peut être bien établi, et chez la femme, il peut presque toujours l'être absolument par l'exploration digitale, on est en droit d'entreprendre l'ablation de la tumeur, car, si on n'a point encore obtenu la guérison définitive du papil-

lôme, on a pu voir du moins, à la suite de l'opération, la disparition plus ou moins complète des symptômes pendant un an ou dix-huit mois (1) ; et c'est là un bénéfice dont on ne doit pas priver le malade, surtout si l'opération est relativement facile et peu dangereuse comme chez la femme.

Quant aux papillômes en nappe ou aux groupes papillaires qui se rencontrent autour d'une tumeur villeuse et qui, grâce à la vascularisation exagérée de la muqueuse dans la région, doivent concourir rapidement à la reproduction des accidents, on ne peut guère agir contre eux, à cause de la difficulté non seulement de les délimiter, mais même quelquefois d'en constater l'existence.

---

(1) Dans un cas de Bryant, la guérison s'était maintenue au bout de huit ans, mais la nature de la tumeur n'est pas bien déterminée (*British med. journ.*), 1879, t. I, p. 821.

EXTRAIT DU CATALOGUE

DU

MUSÉE CIVIALE

DE L'HÔPITAL NECKER.

(*Tumeurs de la vessie,* dont les observations, prises sous la direction de M. le professeur GUYON, sont consignées sur un registre spécial).

2. *Fongus de la vessie,* pièce préparée par M. MOLINIER.
11. *Fongus de la vessie,* pièce préparée par M. MOLINIER.
12. *Cancer de la vessie,* pièce préparée par M. MOLINIER.
15. *Fongus de la vessie.*
22. *Fongus de la vessie,* pièce préparée par M. REVERDIN.
26. *Cancer de la prostate et de la base de la vessie,* pièce préparée par M. REVERDIN.
34. *Epithélioma de la vessie,* pièce préparée par M. REVERDIN.
35. *Cancer de la vessie,* pièce préparée par M. RENDU.
73. *Cancer de la vessie,* pièce préparée par M. MARTINET.
92. *Carcinome de la vessie,* pièce préparée par MM. de MARIGNAC et JAMIN.
93. *Carcinome de la vessie,* pièce préparée par MM. de MARIGNAC et JAMIN.
104. *Néoplasme de la vessie,* pièce préparée par M. BAZY.
110. *Cancer de la vessie,* pièce préparée par M. E. MONOD.

Cancer de la prostate, pièce préparée par M. PAUFFARD.

(Les faits qui ne se trouvent pas consignés dans ce travail avaient été publiés précédemment, et nous nous sommes contenté d'en mentionner l'indication bibliographique).

TABLE DES MATIÈRES

PARIS — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

AVEZOU (J.-C.) **De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales (étude clinique) avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts.** Un vol. in-8 de 144 pages.— Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. 2 fr. 50.

BALZER (F.) **Contribution à l'étude de la Broncho-Pneumonie.** In-8 de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr 50 Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 75.

BESSON (I.). **Dystocie spéciale dans les accouchements multiples.** Volume in-8° de 92 pages.— Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés 1 fr. 25.

BEURMANN (DE). *Voir* VIDAL.

BITOT. **Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique.** Conservation des pièces normales et pathologiques par un procédé particulier. Un volume in-4° de 40 pages de texte avec 7 figures intercalées et 17 planches en photographie représentant des coupes cérébrales, 1878. — Prix : 12 fr.— Pour les abonnés du *Progrès médical.* 9 fr.

BITOT (P.). **Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.** Volume in-8 de 184 pages.—Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . . . 2 fr. 50.

BLANCHARD (R). **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote,** par la méthode du professeur P. BERT. — Un volume de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

BLONDEAU (A.) **Etude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** — Un vol. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 35.

BOE (J. B. F.). **Essai sur l'aphasie consécutive aux maladies du cœur.** Un vol. in-8 de 164 pages. Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . 2 fr.

BOUCHARD. *Voir* CHARCOT.

BOUDET de PARIS (M.). **Des actes musculaires dans la marche de l'homme.** Brochure in-8 de 12 pages — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés . . . . 40 cent.

BOUDET de PARIS (M.). **Note sur deux cas d'occlusion intestinale traités et guéris par l'électricité.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés . . . . 40 cent.

BOUDET DE PARIS. *Voir* DEBOVE.

BOURNEVILLE. **Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux.** Premier fascicule : Hémorrhagie et ramollissement du cerveau. Paris, 1872. In-8 de 168 pages avec 22 fig. : 3 fr. 50.— Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Deuxième fascicule : Urémie et éclampsie puerpérale ; épilepsie et hystérie. Paris, 1873. In-8 de 160 pages, avec 14 fig. Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50.

BOURNEVILLE. **Le choléra à l'hôpital Cochin** (Étude clinique). Paris, 1865. In-8 de 48 pages, 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . . 70 cent.

BOURNEVILLE. **Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots,** suivi d'une étude sur la médecine légale des aliénés. Paris, 1863. Gr. in-8 de 28 pages à deux colonnes. 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

BOURNEVILLE. **Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde.** In-8 compacte de 80 pages, avec 10 tracés en chromo-lithographie. 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.

BOURNEVILLE. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie.** In-8 de 200 pages avec 5 fig. dans le texte et 3 planches. 4 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 75.

BOURNEVILLE. **Science et miracle : Louise Lateau ou la Stigmatisée belge.** In-8 de 72 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau forte dessinées Par P. Richer.—2e édition, revue, corrigé et augmentée.—Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. 1 fr. 50.

BOURNEVILLE. *Voir* CHARCOT.

BOURNEVILLE et L. GUÉRARD. **De la sclérose en plaques disséminées.** Vol. gr. in-8 de 240 pages avec 10 fig. et 1 planche. 4 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr.

BOURNEVILLE ET REGNARD. **Iconographie photographique de la Salpêtrière.** Cet ouvrage paraît par livraisons de 8 à 16 pages de texte et 4 photo-lithographies. Douze livraisons forment un volume. Les *deux premiers volumes* sont en vente.

Les *neuf premières livraisons* de la 3e année sont parues : 1re *livraison :* **Nouvelle observation d'hystéro-épilepsie.**— 2e et 3e *livraisons :* **Variété des attaques hystériques.** — 4e *livraison :* **Des régions hystérogènes.** — 5e et 6e *livraisons :* **Du Sommeil des hystériques ; — Somnambulisme**, etc.

Prix de la livraison . . . . 3 fr. — Prix du volume. . . . . . 30 fr.

Pour nos abonnés. Prix de la livr. 2 fr. — Prix du volume. . . . . . 20 fr.

— Nous avons fait relier quelques exemplaires dont le texte et les planches sont montés sur onglets ; demi-reliure, tranche rouge, non rognés. — Prix de la reliure . . . . 5 fr.

BOURNEVILLE et TEINTURIER. **G. V. Townley ou du diagnostic de la folie au point de vue légal.** Paris, 1865. In-8 de 16 pages. 0 fr 50. — Pour nos abonnés. . . . . 35 cent.

BOYER (H. Cl. DE). **De la thermométrie céphalique.** Brochure in-8° de 28 pages. — Prix, 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . . . 40 cent.

BOYER (H. Cl. DE). **Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux.** Volume in-8 de 290 pages, avec 104 figures intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

BRISSAUD (E.). **Faits pour servir à l'histoire des dégénérations secondaires dans le pédoncule cérébral.** Brochure in-8 de 20 pages avec 8 figures. — Prix : 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

BRISSAUD (E.). **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.** Un vol. in-8 de 210 pages avec 42 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés . . . . 4 fr.

BRISSAUD. *Voir* CHARCOT et FOURNIER.

BRISSAUD (E.) ET MONOD (E.) **Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.** 1877, in-8 de 16 pages. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 35 cent.

BRODIE (B). Leçons sur les affections nerveuses locales, traduites de l'anglais par le Dr Douglas-Aigre ; un volume in-8° : Prix, 1 fr. 50 ; pour nos abonnés . . . . 1 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.** Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux. 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 6 fr.

BUDIN (P.). **Recherches sur l'Hymen et sur l'orifice vaginal.** Volume in-8 de 40 pages avec 24 figures. — Prix : 1 fr. 50.— Pour nos abonnés. 1 fr

CARTAZ (A.). **Notes et observations sur le tétanos traumatique.** In-8 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 35 cent.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du système nerveux**, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. Tome I : Troubles trophiques; — Paralysie agitante; — Sclérose en plaques; — Hystéro-épilepsie. Paris, 1880. 4e édition. In-8 de 428 pages avec 25 figures et 10 planches en chromo-lithographie. 13 fr. — Pour nos abonnés. . . 10 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du système nerveux**, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. Tome II : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*, — *De la compression lente de la moelle épinière* (mal de Pott, cancer vertébral, etc.); — *Des amyotrophies* (paralysie infantile, paralysie spinale de l'adulte, atrophie musculaire protopathique, sclérose des cordons latéraux, etc.); — *Tabès dorsal spasmodique*; — *Hémichorée post-hémiplégique*; — *Paraplégies urinaires*; — *Vertige de Ménière*; — *Epilepsie partielle d'origine syphilitique*; — *Athétose*; — *Appendice, etc.* Paris, 1880. 3e édit. Vol. in-8° de 496 pages avec 33 figures dans le texte et 10 planches en chromo-litographie. — Prix : 14 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 10 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les localisations dans les maladies de la moelle épinière**, recueillies et publiées par E. BRISSAUD. In-8 de 260 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière**, recueillies et publiées par BOURNEVILLE et E. BRISSAUD. In-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : 11 fr. — Pour nos abonnés.. . . . . 8 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins**, faites à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par BOURNEVILLE et SEVESTRE. Un volume in-8 de 400 pages, orné de figures et de 7 planches chromo-lithographiques. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 7 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques**. Un fort volume in-8 de 310 pages avec figures dans le texte et 3 planches en chromo-lithographie. — Prix cartonné à l'anglaise : 8 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 7 fr.

CHARCOT (J.-M.). **De l'anaphrodisie produite par l'usage prolongé des préparations arsenicales**. Paris, 1864. In-8. 0 fr. 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 35 cent.

CHARCOT (J.-M.) et BOUCHARD (CH.). **Sur les variations de la température centrale qui s'observent dans certaines affections convulsives et sur la distinction qui doit être établie à ce point de vue entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques**. Brochure in-8. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . . . 40 cent.

CHARCOT (J.-M.) et GOMBAULT. **Note sur un cas de lésions disséminées des centres nerveux observées chez une femme syphilitique.** In-8 avec planches chromo-lithog.— Prix : 1 fr.— Pour nos abonnés, 70 c.

CHARPENTIER. (*Voir* LANDOLT.)

CHOUPPE (H.). **Recherches thérapeutiques et physiologiques sur l'ipéca.** Paris, 1873. In-8 de 40 pages, 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

CORNILLON (J.). **Action physiologique des alcalins dans la glycosurie.** — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

CORNILLON (J.). **De la contracture uréthrale dans les rétrécissements périnéens.** In-8 de 60 pages. 1 fr. 50.— Pour nos abonnés. . . . 1 fr.

CORNILLON (J.). **La folie des grandeurs.** In-8 de 60 pages. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 70.

CORNILLON (J.). **Rapports du diabète avec l'arthritis et de la dyspepsie avec les maladies constitutionnelles.** Un vol. in-8 de 48 pages. Paris, 1878. — Prix : 1 fr. 50.— Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

CUFFER. Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffle intra et extra-cardiaques, et en particulier de leurs modifications sous l'influence des changements de la position des malades. Valeur séméiologique de ces modifications. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

DAREMBERG (G.). Les méthodes de la chimie médicale. In-8 de 19 pages. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DEBOVE. Notes sur la méningite spinale tuberculeuse, sur l'hémiplégie saturnine et l'hémianesthésie d'origine alcoolique. Une brochure in-8° de 24 pages avec deux figures. — Prix 75 cent.— Pour nos abonnés. . . . . 50 cent

DEBOVE (M.) Notes sur l'emploi des aimants dans les hémianesthésies liées à une affection cérébrale ou à l'hystérie. Brochure in-8. Prix 50 cent. Pour nos abonnés . . . . 25 cent.

DEBOVE et BOUDET DE PARIS. Recherches sur l'incoordination motrice chez les ataxiques. Brochure in-8° de 16 pages. — Prix : 60 c.— Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DEBOVE. *Voir* LIOUVILLE.

DEHENNE (A.). Note sur une cause peu connue de l'érysipèle. Paris. 1874. In-8. 0 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 35 cent.

DEJERINE (J). Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë. Un volume in-8 de 66 pages. — Paris 1879.— Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50.

DELASIAUVE. De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache, dans ses rapports avec l'assistance publique. Paris, 1877, in-8 de 16 p. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 cent.

DELASIAUVE. Du double caractère des phénomènes psychiques. Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés . . . . 35 cent.

DELASIAUVE. Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique. Paris, 1877. In-8 de 24 pages. — Prix, pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

DELASIAUVE. Traité de l'épilepsie. Un gros volume in-8 de 560 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50.

DELASIAUVE (J.). Journal de médecine mentale, résumant au point de vue médico psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes (1860-1870). — Prix : 50 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 40 fr.

DRANSART (H.-N). Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux. In-8 de 32 pages avec 1 figure, 70 cent. Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DU BASTY. De la piqûre des hyménoptères porte-aiguillon. Gr. in-8 de 48 pages, 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . 85 cent.

DUGUET et VEIL. Lymphadénome de la rate étendu au diaphragme, à la plèvre, aux poumons et aux ganglions lymphatiques, sans leucémie. Pleurésie cloisonnée. Cachexie. Brochure in-8° de 16 pages. — Prix, 60 cent.— Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DUPLAY (S.). Conférences de clinique chirurgicale, faites aux hôpitaux de Saint-Louis et Saint-Antoine, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

DUPLAY (S.) Conférences de cliniques chirurgicales, faites à l'hôpital Saint-Louis, recueillis et publiées par E. Golay et Cottin. In-8 de 150 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.

DUPUY (L.-E.). **Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies.** In-8 de 16 pages, 50 cent. — Pour nos abonnés. . . 35 cent.

DURET (H.). **Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale.** Un vol. in-8 de 280 pages. Prix : 5 fr. Pour nos abonnés. . . . . . 4 fr.

DURET (H.) **Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.** Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix : 15 fr. — Pour nos abonnés. 10 fr.

DURET (H.). **Étude générale de la localisation dans les centres nerveux,** suivie d'une **Étude critique sur les recherches de physiologie des localisations en Allemagne.** Vol. in-8° de 236 pages.— Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

DURET (H.). **Sur la Synovite fibreuse et ses rapports avec la tumeur blanche.** Brochure in-8 avec deux planches. Prix : 1 fr.; pour nos abonnés . . . . 75 cent.

DURET (H.). *Voir* DUPLAY. — FERRIER.

DURAND-FARDEL (M.) **Considérations sur le caractère nosologique qu'il convient d'attribuer au rhumatisme articulaire aigu ou fièvre arthritique.** Brochure in-8 de 20 pages. 0 fr. 75.—Pour nos abonnés 50 c.

FÉRÉ. (Ch.). **Etude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin,** Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25 — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Fractures par torsion de la partie inférieure du corps du fémur.** Brochure in-8° de 8 pages avec 2 figures.— Prix : 30 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 20 cent.

FÉRÉ. (Ch.). **Note pour servir à l'histoire des luxations et des fractures du sternum.** Brochure in-8. de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

FERRIER. **Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales.** Traduction avec l'autorisation de l'auteur, par H. DURET. In-8 de 74 p. avec 11 fig. dans le texte, 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 35

FOURNIER. (A.) **De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.** Leçons recueillies par E. Brissaud. Paris, 1878. In-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 65 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) **Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire.** Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A.) **Etudes anatomiques ou recherches sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et chez quelques animaux.** Paris, 1866. In-4 de 83 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 50

GIRALDÈS (J.-A.) **Des luxations de la mâchoire.** In-4 de 50 pages avec 2 planches. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

GIRALDÈS (J.-A.) **De l'anatomie appliquée aux beaux-arts.** Cours professé à l'Athénée des Beaux-Arts. Compte rendu par Mlle Lina Jaunez. Paris 1856. In-8 de 8 pages. — Prix : . . . . 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) **Plan général d'un cours d'anatomie** appliqué aux beaux-arts. Paris 1857. In-8 de 8 pages. — Prix : . . . . 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) **Recherches anatomiques sur le corps innominé.** Paris 1861. In-8 de 12 pages avec 5 planches. — Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A.) **De la fève de Calabar.** Note présentée au Congrès médico-chirurgical de France tenu à Rouen le 30 septembre 1863. Paris 1864, in-8 de 8 pages avec figures. — Prix : . . . . 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) **Note sur les tumeurs dermoïdes du crâne,** Paris 1866. In-8 de 7 pages. Prix. . . . . 40 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) **Sur un point du traitement de la périostite phlegmoneuse diffuse.** Paris, 1874. In-8 de 12 pages. Prix. . . . . . 50 cent.

GOLAY (E.) **Des abcès douloureux des os.** Un volume in-8 de 162 pages. —Paris, 1879. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 50

GOMBAULT. **Etude sur la sclérose latérale amyotrophique.** Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

GUÉRIN. (A.). **Du pansement ouaté**; résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1876. Brochure de 24 pages. — Prix: 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

HADDEN. **Du myxœdème.** Une petite plaquette in-8 de 16 pages. — Prix: 0 fr. 60. — Pour nos abonnés . . . . 40 cent.

HAYEM (G.). **Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde**, recueillies par Boudet de Pâris. In-8 de 88 pages avec 5 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Pour les abonnés. . . . . . . 1 fr. 70

HERAUD. (A.). **Etude diagnostique sur deux cas de syphilome bucco-lingual.** Un vol. in-8 de 34 pages. 1 fr. 50. Pour nos abonnés. . 1 fr.

JOSIAS (A.). **De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées.** Vol. in-8° de 65 pages, avec trois courbes de température. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

KELSCH (A.). **Les affections du foie en Algérie et les Variations de l'urée.** Brochure in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés 75 c.

KELSCH (A.) **Note pour servir à l'histoire de l'endocardite ulcéreuse.** In-8 — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . . 35 cent.

LANDOLT (E.). **Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux**, faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris pendant le semestre d'été de 1875, recueillies par Charpentier. Paris 1877. In-8 de 204 pages. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

LANDOUZY (L.). **De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête par excitation ou paralysie des 6e et 11e paires. leur valeur en séméiotique encéphalique, leur importance au point de vue anatomique et physiologique, à propos d'une observation d'épilepsie hémiplégique débutant par les yeux et la tête** (Déviation et rotation conjuguées convulsives). Un volume in-8° avec une planche. — Prix : 2 fr. 50. — Pour noe abonnés. Prix. . . . . 1 fr. 50

LANDOUZY (L.). **Trois observations de rage humaine; réflexions.** In-8 de 16 pages, 50 cent. — Pour les abonnés. . . . . 35 cent.

LAVERAN (A.). **Un cas de myélite aiguë.** 1876. In-8 de 13 p. . 30 cent.

LAVERAN (A). **Tuberculose aiguë des synoviales** . . . . . . 50 cent.

LELOIR. (H.). **Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique.** Brochure grand in-8 de 24 pages. — Prix: 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

LEROY (A.). **De l'état de mal épileptique.** Un volume in-8 de 92 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 25

LIOUVILLE (H.). **Contribution à l'étude de la paralysie générale progressive des aliénés.** In-8, 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . 35 cent.

LIOUVILLE (H.). **Nouveaux exemples de lésions tuberculeuses dans la moelle épinière.** In-8, 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . 35 cent.

LIOUVILLE et DEBOVE. **Note sur un cas de mutisme hystérique**, suivi de guérison. Paris 1876. In-8. . . . . 30 cent.

LONGUET (F.-E.-M.). **De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes.** In-8 de 124 pages, 4 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

MAGNAN. **De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.** In-8 de 20 pages. 0. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

Manuel de la garde-malade et de l'infirmière, publié sous la direction du Dr Bourneville, par MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon, rédacteurs du *Progrès médical.* — Ouvrage formant trois volumes in-16. — 1er volume : *Anatomie et Physiologie,* 180 pages, 8 figures. Prix : 2 fr. — 2e volume : *Pansements,* 316 pages, 60 gravures, prix : 3 fr. 50. — 3e volume : *Administration des Médicaments,* 160 pages, prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, l'ouvrage complet, broché, prix . . . . 5 fr.

Nous avons fait faire un élégant cartonnage anglais pour chacun des trois volumes du Manuel. — Prix par volume 75 c., l'ouvrage complet. . 2 fr.

MAROT. (*Voir* DUPLAY.)

MARCANO (G.). **Des ulcères des jambes entretenus par une affection du cœur.** In-8, 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 85 cent.

MARCANO (G.). **De l'étranglement herniaire par les anneaux de l'épiploon.** Paris, 1872. In-8 de 8 pages. — Prix . . . . 30 cent.

MARCANO (G.). **De la psoïte traumatique,** in-8 de 160 pages. — Prix : 3 fr — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr

MARCANO (G.). **Notes pour servir à l'histoire des kystes de la rate.** — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés . . . . 40 cent.

MARSAT (A.). **Des usages thérapeutiques du nitrite d'amyle.** In-8 de 48 pages, 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . 85 cent.

MAUNOURY (G.) **Les hôpitaux baraques et les pansements antiseptiques en Allemagne.** Paris, 1877, in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

MIOT (C.) **De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan.** In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50 — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

MIOT (C.) **De la Ténotomie du muscle tenseur du tympan.** Volume in-8 de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix: 1 fr. 50 ; pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

MONOD (E.) **Étude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe.** Un volume de 168 pages, avec un tableau. Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

MONOD. (*Voir* BRISSAUD.)

ONIMUS. **Des applications chirurgicales de l'électricité.** Leçons recueillies par Bonnefoy. In-8 de 16 pages avec figures, 60 c. Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

ORY (E.) **Maladies de la peau.** Notes de thérapeutique, recueillies aux cliniques dermatologiques de M. le professeur Hardy, à l'hôpital Saint-Louis. Paris, 1877, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 70 cent.

OULMONT (P.) **Etude clinique sur l'athétose.** Paris, 1878, in-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 francs. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

PARROT. **Clinique des maladies de l'enfance.** Leçon inaugurale. Brochure de 20 pages. — Prix 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . 50 cent.

PARROT. **Cours d'histoire de la médecine.** Leçon d'ouverture du 21 novembre 1876. Paris, 1877, in-8 de 20 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

PASTURAUD (D.) **Etude sur les cals douloureux.** In-8 de 64 pages. 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 35

PATHAULT (L.) **Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre** et de ses *usages thérapeutiques*. In-8 de 48 pages, 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

PELTIER (G.) **De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu**. In-8 compacte de 34 pages, 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

PELTIER (G.). **Etude sur la cécité congénitale**. Paris, 1869. In-8 de 36. pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

PELTIER (G.). **L'Ambulance n° 5**. Paris, 1871. In-8 de 110 pages. 1 fr.

PHILBERT. (E,). **De la cure de l'obésité aux eaux de Brives-les-Bains** (Savoie). Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60 — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

POINSOT (G.). **Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule**. Brochure in-8 de 28 pages. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

QUESTIONNAIRE pour le 1[er] examen de doctorat. Recueil de séries d'examens subis récemment (en 1876), à la Faculté de médecine de Paris, indiquant : 1° La composition du jury pour chaque série ; 2° La préparation anatomique de chaque candidat ; 3° Les questions orales auxquelles le candidat a dû répondre ensuite ; 4° Enfin le résultat de l'examen dans chaque série ; suivi de questions sur les accouchements, recueillies au cinquième examen de doctorat et aux examens de sage-femme. Paris, 1876. In-16 de 91 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

RANVIER (L.) **Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire** recueillies par J. RENAUT. Un fort vol. orné de 99 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés . . . . 8 fr.

RANVIER (L.). **Leçon d'ouverture du cours d'anatomie générale au Collège de France**. Paris, 1876. In-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

RAYMOND (F.). **Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques**. In-8 de 140 pages avec figures dans le texte et 3 planches. 3 fr. 50 — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50.

RAYMOND. **De la puerpéralité**. Volume in-8° de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. —Pour nos abonnés . . . . 4 fr.

RECLUS (P.). **De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur**. Paris, 1876. In-8 de 4 pages. — Prix. . . . . 20 cent.

RECLUS (P.). **Des hyperostoses consécutives aux ulcères rebelles de la jambe**. Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

RECLUS. (P.) **Des mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales**. Un vol in-8 de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

RECLUS (P.). **Des ophthalmies sympathiques**. Un fort volume in-8 de 210 pages. — Prix : 5 fr. pour nos abonnés . . . . 4 fr.

RECLUS (P.). **Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse**. In-8 de 212 pages avec 5 planches en chromo-lithographie 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

RECLUS (P.). **La fontaine d'Ahusquy**, brochure in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. 70 cent.

REGNARD (P.). **Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires**. Un fort volume in-8 de 394 pages, enrichi de 100 gravures dans le texte. — Paris, 1879. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 7 fr.

REGNARD. *Voir* BOURNEVILLE.

RENAUT (J.). **Note sur la structure des glandes à mucus du duodénum (glandes de Brunner)**. Brochure in-8 de 8 pages.— Prix 40 c. — Pour nos abonnés. . . . . 30 cent.

RIBEMONT (A.). **Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien** Un volume in-8 de 40 pages et 8 planches. — Paris, 1878. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 50.

ROQUE (F.). **Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente**. Paris, 1872. In-12 de 15 pages. — Prix . . . . 30 cent.

ROSAPELLY (Ch. L.) **Recherches théoriques et expérimentales sur les causes et le mécanisme de la circulation du foie**. Un volume in-8 de 76 pages orné de 24 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

SEGLAS. **De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie**. Un vol. in-8° de 60 pages. Paris, 1881.— Prix : 2 fr.— Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 35

SEGOND. (P.). **Note sur une observation de kyste hydatique** développé dans l'épaisseur du muscle grand pectoral. Brochure de 8 pages. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos abonnés. . . . . 30 cent.

SEGOND. (P.). **Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse**. Volume in-8 de 85 pages. Prix: 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50

SEGUIN (E. C.). **Medical mathematisme**. Brochure in-8° de 18 pages. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés . . . . 40 cent.

SEGUIN (E.-C). **Registre memento** d'observations, pour conserver toutes les observations faites au lit du malade. Paris, 1878. — **Prix.** 60 cent.

SEVESTRE. *Voir* CHARCOT.

SIMON (J.). **Conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladie des enfants** ; un beau volume in-8° de 340 pages; prix : 8 fr.; pour nos abonnés, prix . . . . 6 fr.

TABOUET. (L.) **Etude sur le traitement des abcés sous périostiques aigus de l'adolescence**. Un vol. in-8 de 44 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

TARNIER. **De l'influence du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes et de son indication**. . . . . 50 cent.

TAUBER (A.). **De l'amputation ostéoplastique de la jambe**. Brochure in-8° de 28 pages. — Prix : 75 cent.— Pour nos abonnés. . . . 50 cent.

TEINTURIER (E.). **Les Skoptzy**, étude médico-légale sur une secte religieuse russe dont les adeptes pratiquent la castration. — Un joli volume in-12 orné de gravures représentant les différents modes de castration employés par ces fanatiques. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . 1 fr.

THAON (L.). **Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose**. Grand in-8 de 112 pages, avec 2 planches en chromo-lithographie, 4 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr.

THAON (L.) **Clinique climatologique des maladies chroniques**. — 1[e] fascicule : *phthisie pulmonaire*. Un volume grand in-8 de 164 pages, avec 2 planches de tracés de température. Paris 1877. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75.

TERRILLON. **Contribution à l'étude des gommes syphilitiques du testicule**. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos abonnés . . . . 30 cent.

TERRILLON. Des troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques. In-8 de 22 pages, 60 cent. — Pour les abonnés . . . . 40 cent.

TERRILLON. Excroissances polypeuses de l'urèthre symptomatiques de la tuberculisation des organes urinaires chez la femme Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. 50 cent.

TERRILLON. Mémoire sur la rupture traumatique des parties internes du cœur avec ou sans lésions correspondante des parois. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix: 0 fr. 60. — Pour nos abonnés 40 c.

TROISIER. (E.). Note sur un cas d'encéphalopathie syphilitique précoce. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix: 0 fr. 40. — Pour nos abonnés. . . . . 30 cent.

TURNER. (E.). Histoire de la circulation du sang par Flourens. — André Césalpin. Brochure in-8 de 16 pages. Prix: 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

TURNER. (E.). Remarques au sujet de la lecture faite à l'Académie par M. Chéreau le 15 juillet 1879. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix: 60 c. — Pour nos abonnés . . . . 40 cent.

VIDAL. Du pityriasis, leçon recueillie et rédigée par de BEURMANN. in-8 de 20 pages. — Prix: 0 fr. 75. — Pour nos abonnés . . . . . 50 cent.

VILLARD (F.). De l'aphasie ou perte de la parole et de la localisation du langage articulé, par le Dr Batman. traduit de l'anglais par F. Villard. Un volume in-8 de 128 pages. Paris, 1870. Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 25.

VILLARD (F.). Notice hygiénique et médicale sur l'Attique. Brochure in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

LE PROGRÈS MÉDICAL : tome I (1873), épuisé. — Tome II (1874), épuisé. — Tome III (1875), vol. in-4 de 800 pages avec 50 figures, prix : 16 fr. — Tome IV (1876), vol. in-4 de 960 pages, prix : 16 fr .— Tome V (1877), vol. in-4 de 1000 pages, prix : 20 fr. — Tome VI (1878), vol. in-4 de 1020 pages, prix : 20 fr. — Tome VII (1879), vol. in-4° de 1064 pages, prix 20 fr. — Tome VIII (1880), vol. in-4° de 1086 pages, prix 20 fr. — Pour les nouveaux abonnés, prix . . . . 16 fr.

REPRODUCTIONS PLASTIQUES DE CERVEAUX PAR M. LOREAU, MODELEUR DU MUSÉE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA SALPÊTRIÈRE ET DE BICÊTRE.

N° 1.	**Deux hémisphères normaux.** Laboratoire Dr CHARCOT	7 fr.
N° 2.	**Hémisphère gauche normal réduit.** Dr MATHIAS DUVAL	2 fr.
N° 3.	**Cas d'Aphasie.** Laboratoire Dr CHARCOT	3 50
N° 4.	**Monoplégie de la jambe.** C. DE BOYER	5 »
N° 5.	**Encéphale d'une idiote 18 ans.** Dr BOURNEVILLE	3 50
N° 6.	**Encéphale Orang-Outang** Laboratoire Dr CHARCOT.	5 »
N° 7.	**Deux hémisphères Orang.-Outang**	5 »
N° 8.	**Encéphale de Chien.** Dr JOLYET	1 25
N° 9.	— Chat. —	1 25
N° 10.	— Lapin. Dr LAFONT.	1 25
N° 11.	— Cochon d'Inde.	1 25
N° 12.	— Singe. Laboratoire Dr CHARCOT.	2 »
N° 13.	**Deux hémisphères, anomalies remarquables des circonvolutions.** Laboratoire Dr CHARCOT	7 »
N° 14	**Hémisphère gauche avec anomalies des circonvolutions.** Laboratoire Dr CHARCOT.	3 50
N° 15.	**Série de 13 cerveaux de criminels, musée de la Salpêtrière**	

Pour la reproduction des pièces du Musée de la Salpêtrière, ou pour la commande des pièces en cire ou en plâtre, s'adresser au **Progrès Médical** ou à M. LOREAU à l'**Hospice de la Salpêtrière.**

PARIS — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES 71.